



FAX 送信方向 FAX. 03-3355-3122 (日本慢性期医療協会)

## 第13回看護師特定行為研修指導者講習会 (Web 開催) 受講申込書

(参加人数に応じ、本紙をコピーしてお申し込みください)

〔申込締切〕 2022年1月7日 (金)

〔参加対象〕 看護師特定行為研修において、指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者

※参加希望多数の場合は、指定研修機関または実習協力施設に所属されている方や、看護師の場合は、特定行為研修を修了した方などを優先いたします。

下記に必要事項をご記入の上、該当する口にチェック✓をお願いいたします。

施設名

( 特定行為研修の指定研修機関である  特定行為研修の協力施設である)

住 所

(〒 - )

TEL.

FAX.

申込担当者氏名

部署

E-mail

@

ふりがな 受講者氏名				( <input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性)
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	( 歳 )	
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
免許取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月	臨床経験年数	年
専攻科名	科 ( ) 科 ( ) 例：内科 (循環器科)			
【医師の場合】 医師の臨床研修に係る指導医講習会の修了の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 主催者の名称：( ) 修了年：平成・令和____年			
【看護師の場合】 看護師特定行為研修の修了の有無等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 指定研修機関の名称：( ) 修了年：平成・令和____年			
	〈特定行為研修を修了している場合、修了した特定行為区分に <input checked="" type="checkbox"/> してください〉 <input type="checkbox"/> 呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連、 <input type="checkbox"/> 呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連、 <input type="checkbox"/> 呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連、 <input type="checkbox"/> 循環器関連、 <input type="checkbox"/> 心嚢ドレーン管理関連、 <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン管理関連、 <input type="checkbox"/> 腹腔ドレーン管理関連、 <input type="checkbox"/> ろう孔管理関連、 <input type="checkbox"/> 栄養に係るカテーテル管理 (中心静脈カテーテル管理) 関連、 <input type="checkbox"/> 栄養に係るカテーテル管理 (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連、 <input type="checkbox"/> 創傷管理関連、 <input type="checkbox"/> 創部ドレーン管理関連、 <input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析関連、 <input type="checkbox"/> 透析管理関連、 <input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連、 <input type="checkbox"/> 感染に係る薬剤投与関連、 <input type="checkbox"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連、 <input type="checkbox"/> 術後疼痛管理関連、 <input type="checkbox"/> 循環動態に係る薬剤投与関連、 <input type="checkbox"/> 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連、 <input type="checkbox"/> 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 ＊パッケージ研修 <input type="checkbox"/> 在宅・慢性期 <input type="checkbox"/> 外科術後 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 外科基本 <input type="checkbox"/> 集中治療			
	<input type="checkbox"/> 認定・専門看護師である (分野： )			