様式１（第６条関係）

受付番号　　　－

**志　願　書**

金沢大学附属病院長　殿

私は、下記の特定行為研修を受講したく、ここに関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■選択コース（任意） | | ※ 領域別パッケージ研修（②〜④）を受講する場合は、共通科目の受講を必須とする。  ※ すでに特定行為研修を修了している場合は、区分別科目（⑤〜⑫）から希望する区分をすべて選択する。 | |
| 選択番号 | 共通科目および領域パッケージ研修、区分別科目 | | 選択 |
|  | 共通科目 | |  |
|  | 術中麻酔管理領域パッケージ | |  |
|  | 救急領域パッケージ | |  |
|  | 集中治療領域パッケージ | |  |
|  | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | |  |
|  | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | |  |
|  | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | |  |
|  | 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 | |  |
|  | 動脈血液ガス分析関連 | |  |
|  | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | |  |
|  | 術後疼痛管理関連 | |  |
|  | 循環動態に係る薬剤投与関連 | |  |

西暦　　　年　　　月　　　日

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　印

郵便番号

現住所

ＴＥＬ