**（様式　1）**

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　申　請　書**

西暦 　年 　月 　日

独立行政法人国立病院機構

福岡東医療センター　院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　印

私は、独立行政法人国立病院機構福岡東医療センターの下記の看護師特定行為研修を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

記

受講を希望（ＡかＢ）に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望 | 特定行為区分名 |
| Ａ | 救急領域パッケージ |
| Ｂ | 救急領域パッケージ  　胸腔ドレーン管理関連 |