

※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

フリガナ
申請者氏名（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～C）に○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 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
C	救急領域パッケージ 胸腔ドレーン管理関連