

様式第1号（第8条関係）

※受付番号：\_\_\_\_\_

## 受講申請書

年　月　日

愛知医科大学病院長 殿

私は、愛知医科大学病院における特定行為研修を受講したく、  
関係書類を添えて申請します。

フリガナ  
氏名（自署）

印

### 受講コースに○をつけて下さい

クリティカル領域 ・ 創傷管理領域 ・ ジェネラル領域 ・ 区分別研修

※ 区分別研修受講の場合は、受講希望する特定行為区分にチェックする

- 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（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
- 創傷管理関連
- 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