様式1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受験番号 |  |

**受　講　願　書**

年　　月　　日

聖隷クリストファー大学長　殿

（自署）

所　属　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署または記名押印）

　　私は、下記の聖隷クリストファー大学特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

記

受講を希望する特定行為研修科目（受講を希望する区分に〇を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 受講科目 | 受講希望（○を記入） |
| 共通科目 | すべて受講する |  |
| 療養生活支援看護論のみ受講する（他は既修得のため受講免除を希望する）　※履修免除申請書（別紙様式7）を提出 |  |
| 区分別科目 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |
| 領域別パッケージ科目 | 在宅・慢性期領域パッケージ |  |

以上

［作成上の注意］

* 本学または本学以外の指定研修機関において特定行為研修を修了している者は「特定行為研修修了証」の写しを添付すること。