

※受験番号

## 申 請 書

年 月 日

愛媛大学医学部附属病院長 殿

ふりがな  
申請者氏名 (自署)

私は、下記の愛媛大学医学部附属病院看護師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

科目名	選 択	受講希望 (○を記入)
共通科目	受講する	
	既修得科目履修免除申請書を提出	

区分 No	特 定 行 為 区 分	受講希望 (○を記入)
1	呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連	
2	呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連	
3	創傷管理関連	
4	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	

\* 複数受講可

\* 既に特定行為研修を修了済で、共通科目の履修免除を希望する場合は、既修得科目履修免除申請書 (別紙様式 6) と添付書類を提出してください。