

(様式1)

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

## 受講願 書

令和      年      月      日

看護キャリア教育研究センター長 様  
柏たなか病院 病院長 様

(申込者)

住所

氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印

私は、認定看護師教育課程 (B 課程) 及び特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

- ☐ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
- ☐ 「感染に係る薬剤投与関連」
- ☐ 「認定看護師教育課程 (B 課程) 感染管理」

※受講を希望する区分に☑を付けてください。(全区分または認定看護師教育課程のみの他に、特定行為区分のいずれか1つを選択することも可能です。)