

(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。）