

(様式1)

受講申請書

医療法人社団藤聖会富山西総合病院看護師特定行為研修を次により
受講したいので、関係書類を添えて申し込みます。

特 定 行 為 区 分 名	
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連（必須科目）
	血糖コントロールに係る薬剤投与関連（選択科目）
	循環動態に係る薬剤投与関連（選択科目）

※受講希望区分に○印を記入して下さい。

2026年 月 日

所属施設 _____

氏 名 _____

医療法人社団藤聖会富山西総合病院

理事長 藤 井 久 丈 様

氏名

【看護師特定行為研修の志望理由についてお書きください。】