|  |  |
| --- | --- |
| 様式１-１号 | 受験番号 |
| 令和4年度 看護師の特定行為研修受講申込書令和 年 月 日地方独立行政法人福岡市立病院機構福岡市民病院院　長　　桑野　博行　様申込者　住　所氏 名　　　　　　　　　　　　　　　印貴施設において、看護師の特定行為研修を受けたく、関係書類を添えて申し込みいたします。　　　　　　記１．特定行為区分名　　栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連２．添付書類 ①　令和4年度 看護師の特定行為研修受講申込書（様式第1-1号）②　履歴書（様式1-2号）③　出願理由（様式1-3号）④　推薦書（様式1-4号）⑤　看護師免許、認定看護師認定証の写し |