（様式１）

受　講　申　請　書

　医療法人社団藤聖会八尾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 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |

　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　所属施設

　　　　　　　　　　　氏　名

　　医療法人社団藤聖会理事長　藤井　久丈　殿

|  |
| --- |
| 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。】 |