|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

令和７年度　山形大学医学部附属病院

看護師特定行為研修　入講願書

　山形大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名（自署）

　私は，下記の山形大学医学部附属病院看護師特定行為研修に入講したいので，関係書類を添えて出願いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 領域別パッケージ | 希望区分  （○を記入） |
| 外科術後病棟管理領域 |  |
| 術中麻酔管理領域 |  |
| 救急領域 |  |
| 集中治療領域 |  |

　　　※　既修得科目履修免除を希望する場合は，当該特定行為研修の修了証及び

単位取得修了証を添付すること。