**様式１**

（※は看護部記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **※申込番号** |  |

**受講申込書**

**令和　　年　　月　　日**

**秋田赤十字病院　院長　殿**

**ふ　り　が　な**

**申請者氏名（自署）**

**私は、下記の秋田赤十字病院特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。**

**記**

|  |  |
| --- | --- |
| **区分N0.** | **特定行為区分及び領域別パッケージ名** |
| **１** | **在宅・慢性期領域パッケージ** |
| 特定行為 | 気管カニューレの交換 |
| 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 |
| 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |