

(様式2)

受講申請書

令和 年 月 日

社会医療法人河北医療財団 河北総合病院
理事長 殿

申請者氏名（自筆）

印

私は、貴院の下記の看護師の特定行為研修受講を希望したいので、必要書類を添えて申請いたします。

記

特定行為区分科目名

血糖コントロールに係る薬剤投与関連

以上