（様式1）

第１７期 日本慢性期医療協会 看護師特定行為研修　受講申請書

日本慢性期医療協会の

施設名　　どちらかに☑　□会員　・　□会員以外

住　所　　（〒　　－　　）

ＴＥＬ.　　ＦＡＸ.

申込担当者氏名　　部署・役職

申込担当者メールアドレス　　@

受講志望者氏名	性別	役職	看護師実務経験
（フリガナ）	男・女		年

＊臨床実習（患者に対する実技）の実施場所（予定） ※全9区分16行為すべて必修です。

特定行為区分	特定行為名	どちらかに〇 自施設	他施設
１．呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	①侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	②非侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	③人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整		
	④人工呼吸器からの離脱（「抜管」は含まない。）		
２．呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	⑤気管カニューレの交換		
３．栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	⑥中心静脈カテーテルの抜去		
４．栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	⑦末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入		
５．創傷管理関連	⑧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		
	⑨創傷に対する陰圧閉鎖療法		
６．栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	⑩持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		
	⑪脱水症状に対する輸液による補正		
７．感染に係る薬剤投与関連	⑫感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与		
８．血糖コントロールに係る薬剤　投与関連	⑬インスリンの投与量の調整		
９．精神及び神経症状に係る薬剤　投与関連	⑭抗けいれん剤の臨時の投与		
	⑮抗精神病薬の臨時の投与		
	⑯抗不安薬の臨時の投与		

＊「自施設」:受講生の所属する施設および同一・関連法人の施設　「他施設」:「自施設」以外の施設

＊臨床実習（患者に対する実技）は、自施設実習を原則とします。