

(様式 5)

|       |  |
|-------|--|
| ※受験番号 |  |
|-------|--|

## 履修科目免除申請書

令和 年 月 日

医療法人永井病院  
病院長 星野康三様

申請者氏名 : \_\_\_\_\_

私は、下記履修科目においては履修を修了しているため関係書類を添えて履修科目免除の申請をおこないます。

履修免除を希望する科目に☑をしてください。

| <input type="checkbox"/> | 共通科目<br>(臨床病態生理学、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、疾病・病態生理学、医療安全学/特定行為実践) |                          |                    |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------|
| 外科基本コース                  |  | 在宅・慢性期領域パッケージ            |                    |
| <input type="checkbox"/> | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連   | <input type="checkbox"/> | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
| <input type="checkbox"/> | 栄養に係るカテーテル管理<br>(中心静脈カテーテル管理) 関連                               | <input type="checkbox"/> | ろう孔管理関連            |
| <input type="checkbox"/> | 動脈血液ガス分析関連   | <input type="checkbox"/> | 創傷管理関連             |
| <input type="checkbox"/> | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連  | <input type="checkbox"/> | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連  |
| <input type="checkbox"/> | 循環動態に係る薬剤投与関連  | 証明書類内容                   |                    |
| 術中麻酔管理領域パッケージ            |  | <input type="checkbox"/> | 修了証書               |
| <input type="checkbox"/> | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連   | <input type="checkbox"/> | 成績証明書              |
| <input type="checkbox"/> | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連   | <input type="checkbox"/> | その他                |
| <input type="checkbox"/> | 動脈血液ガス分析関連   |                          |                    |
| <input type="checkbox"/> | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連  |                          |                    |
| <input type="checkbox"/> | 術後疼痛管理関連   |                          |                    |
| <input type="checkbox"/> | 循環動態に係る薬剤投与関連  |                          |                    |