**受講申込書**

令和　　年　　月　　日

公益社団法人　日本麻酔科学会　殿

私は、日本麻酔科学会の特定行為研修を受講したいので、

関係書類を添えて出願いたします。

**1.申請者所属**

**2.申請者氏名（自署）**

**3.周術期管理チーム認定制度登録ID**

**4.申請時チェック欄**

※必ずすべて満たされていることを確認し、[x] をお願いいたします

※すべてに[x] がない場合は申請をお受けすることができません。

[ ] 　日本麻酔科学会が認定する「周術期管理チーム看護師」の資格を有すること

[ ] 　自施設で研修が可能であること(協力施設で勤務の実態があること)

[ ] 　自施設が日本麻酔科学会の協力施設であること

[ ] 　現在勤務している所属施設の「日本麻酔科学会代表専門医」及び、「看護部長」の推薦状を有すること