様式6〔看護師特定行為研修課程用〕

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | 記載不要 |

**特定行為研修に関する施設情報**

受講を希望する区分について、該当するものに☑すること。

※領域別パッケージを受講する方は、該当の区分別科目に☑すること。

※施設長・所属長相当が記入すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分別科目 | 4カ月間で自施設に対象となる事例が5例以上ある。 | 自施設に特定行為区分の臨地実習を行う同意を得ている医師の指導者がいる。＊ |
| 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  |  |
| 呼吸器（人工呼吸療法に関わるもの）関連 |  |  |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |  |
| 循環器関連（※集中治療領域パッケージのみ） |  |  |
| ろう孔管理関連 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 創傷管理関連 |  |  |
| 創部ドレーン管理関連 |  |  |
| 動脈血液ガス分析関連 |  |  |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |  |
| 感染に係る薬剤投与関連 |  |  |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |  |
| 術後疼痛管理関連 |  |  |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |  |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |  |  |

　＊指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有する必要があります。「同等以上の経験」とは、

「7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験（研修医への指導経験）

を有する医師」とされています。

**※原則、実習は受講者の所属施設（自施設）で行っていただきますが、自施設での実習が困難なため、指定研修機関の協力病院での実習を希望する場合は、下記に理由を記入してください。**

　　理由：

**施設情報に関する問合せ先（受講者以外）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 部署 |  |
| 職種 |  | 職位 |  |
| TEL |  | メール  アドレス |  |