様式6

|  |  |
| --- | --- |
| 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週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が行え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 | □ | □ |
| 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 | □ | □ |
| 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 | □ | □ |
| 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 | □ | □ |

＊指導者とは、臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。「同等以上の経験」とは、「8年以

上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修医における指導経験（指導医講習会）を有す

る医師」が想定されています。また、看護師特定行為研修を修了した者で受講する区分の修了者に限

ります。

**施設情報に関する問合せ先（看護部長もしくは特定行為の担当者）**

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