

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。	者が 行える 区分の 医師の 指導が * 自施設に 特定行為 の実習が
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			