

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

※印欄は記入しないでください

特定行為実習に関する施設情報

※現在所属している機関（施設）について、該当する項目に☑してください。

※施設長または看護部門の長が記入してください。

| 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 | 自施設で臨地実 習を行う |
|-----------------------|--------------------------------|---|--------------------------|
| 栄養及び水分管理に係る薬 剤投与関連 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 精神及び神経症状に係る薬 剤投与関連 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【自施設実習の要件】

- ① 所属施設の医療安全体制、緊急時の対応体制を構築していること。
- ② 臨床実習指導者を確保できること。
 - i) 臨床実習指導者とは以下の者をいう。(*) ※何れか一つを満たすこと
 - ・臨床研修指導医
 - ・7年以上の臨床経験があり、医師・医学生への指導経験を有する医師
 - ・実習区分の特定行為研修修了者（平成 22～24 年の試行事業含む）。
 - ・専門看護師、認定看護師、大学での教授経験を有する看護師
 - ii) 特定行為研修指導者講習会を受講していることが望ましい。
 - iii) 指導者には必ず医師が含まれていること。
- ③ 患者への同意説明体制がとれること。
- ④ 実習期間内に該当症例数の確保等の要件を満たす体制が望ましい。

期間（施設）情報に関する問合せ先 ※研修生以外

| | | | |
|-------------|-------------------|-------------|---|
| 機関 (施設)名 | | | |
| 職位 | | 氏名 | 印 |
| 電話番号 | () - | メール アドレス | |