

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。

### 機関（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	