

|      |   |
|------|---|
| 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<br>象となる事例が 5 例<br>以上ある | 自施設に特定行為区<br>分の臨地実習が行え<br>る医師の指導者がい<br>る | 自施設で臨地実習を<br>行う          |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| 栄養及び水分管理に係る薬剤<br>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<br>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 指導者を確保できること。
  - i) 指導者とは以下の者をいう（医師、看護師ともに何れか一つを満たすこと）。
    - 医師
      - ・医師の臨床研修に係る指導医講習会を受講している
      - ・医師臨床研修指導歴がある
      - ・担当分野に関する医学生への指導歴がある
    - 看護師
      - ・特定行為研修を修了した者（区分は問わない）
      - ・認定看護師または専門看護師であること
      - ・大学等における教授経験を有すること
  - 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<br>(施設)名 |                   |             |   |
| 職位          |                   | 氏名          | 印 |
| 電話番号        | (       )       — | メール<br>アドレス |   |