

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください

実務研修報告書

分野名： 脳卒中看護 氏名：

1. 実務研修期間および内容について（※2024 年 10 月 31 日までの職歴を記載する。）

1) 認定看護分野における看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間(月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容

①合計

2) 認定看護分野以外での看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間(月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容

②合計

3) 看護実務研修期間の確認

①（36 か月以上）	②	①＋②（60 か月以上）

2. 認定看護分野に関連する看護実務研修施設の概要

※最低 3 年間の認定看護分野に関連する施設の実績について記載。施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する。

1)	施設名	
2)	認定看護分野に関連する年間症例数（入院・外来を含む延べ人数）	
3)	認定看護分野に関連する施設基準の届出の種類	
4)	認定看護分野に関連する専門の部門（部署・外来・病棟等）の有無とその名称	
5)	認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※0 名の場合は、申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた者を記載する。	

3. 認定看護分野に関連する看護実務研修内容の概要

「1-1）認定看護分野における看護実務研修期間」において、認定看護分野に関連する症例を担当した事例数（通算）	
--	--

4. 認定看護分野に関連する学会および研修会等の実績

1) 受講した主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）	
2) 看護研究業績（学会および研究会等への発表・学術誌投稿など）	
3) その他の社会的活動、資格等	