

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	☐	☐	☐
精神及び神経症状に係る薬剤 投与関連	☐	☐	☐

【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（医師を必ず 1 名含む）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。
- 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	