様式７

**実習施設情報**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名　　　　　　　　　　 　　　　　印

1. **実習を行う予定の施設リスト**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 施設名称 |
| 所属施設 | ① |  |
| ①以外の実習可能な関連施設 | ② |  |
| ③ |  |

1. **受講を希望するパッケージに含まれる特定行為区分に関する施設情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分別科目名 | 受講の該当科目に○を記入 | 実習を行う施設の番号(上記リストから番号を記入) | ３か月間で対象となる症例が５例以上ある場合、○を記入 | 指導医※がいる場合○を記入 |
| 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  |  |  |  |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  |  |  |  |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |  |  |  |
| 胸腔ドレーン管理関連 |  |  |  |  |
| 腹腔ドレーン管理関連 |  |  |  |  |
| ろう孔管理関連 |  |  |  |  |
| 栄養に係るカテーテル管理  （中心静脈カテーテル管理）関連 |  |  |  |  |
| 栄養に係るカテーテル管理  （末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 |  |  |  |  |
| 区分別科目名 | 受講の該当科目に○を記入 | 実習を行う施設の番号(上記リストから番号を記入) | ３か月間で対象となる症例が５例以上ある場合、○を記入 | 指導医※がいる場合○を記入 |
| 創傷管理関連 |  |  |  |  |
| 創部ドレーン管理関連 |  |  |  |  |
| 動脈血液ガス分析関連 |  |  |  |  |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |
| 術後疼痛管理関連 |  |  |  |  |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |

※指導医：臨床経験７年以上の専門医 または「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

1. **実習施設情報に関する問い合わせ先（志願者以外）**

部署：

職種：

職位：

氏名：

電話：

メールアドレス：

**＜事務担当者＞**

部署：

職種：

職位：

氏名：

電話：

メールアドレス：