

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	

2. 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

3. 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： _____