

実務研修報告書 氏名：_____

1. 実務研修期間および内容について（※20××年〇月末現在の職歴を記載する。）

1) 特定分野における看護実務研修期間 ※実務研修=実務経験とする

年	月	～	年	月	期間(月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容
0000	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	〇〇〇県立〇〇〇〇〇病院	消化器・循環器 混合病棟	看護師	術後の創傷管理 下肢創傷のケア
0000	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	〇〇法人〇〇会〇〇〇〇〇病院	泌尿器科病棟	看護師	ウロストーマの管理
0000	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	岩手医科大学附属病院	専従の褥瘡管理者	主任看護師	褥瘡管理全般

①合計 〇〇ヶ月

2) 特定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	職位
0000	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	〇〇〇県立〇〇〇〇〇病院	看護師
0000	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	〇〇法人〇〇会〇〇〇〇〇病院	看護師
0000	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	岩手医科大学附属病院	主任看護師

②合計 〇〇ヶ月

3) 看護実務研修期間の確認

① (36ヶ月以上)	②	①+② (60ヶ月以上)
〇〇ヶ月	〇〇ヶ月	〇〇ヶ月

2. 特定分野に関連する看護実務研修施設の概要（※最低3年間の特定分野の実務研修期間における所属施設の概要について記載する。施設が複数の場合、施設ごとに記載する。）

1)	施設名	〇〇大学附属〇〇〇〇〇病院
2)	特定分野に関連する年間症例数（入院・外来を含む延べ人数）	外来患者数：〇例/年、入院患者数：〇例/年
3)	特定分野に関する施設基準の届出の種類	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
4)	特定分野に関する専門の部門（部署・外来・病棟等）の有無とその名称	形成外科外来、皮膚科外来、看護外来
5)	特定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人を記載する。	皮膚・排泄ケア認定看護師 〇名

3. 特定分野に関連する看護実務研修内容の概要

「1-1) 特定分野における看護実務研修期間」における特定分野に関連した担当実績（通算の事例数）	〇〇例
--	-----

※ 教育機関チェック欄 免許取得後、実務研修が通算3～5年以上あること（上記1.より）。 うち3年以上は特定分野の実務研修の実績があること（上記3.より）。