

| | |
|------|----------|
| 受験番号 | ※ (記入不要) |
|------|----------|

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○月末現在の職歴を記載する。)

1) 認定看護分野における看護実務研修期間 ※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 | ○ | ～ | 0000 | ○ | ○○ヶ月間 | ○○○県立○○○○病院 | ○○○○病棟 | 看護師 | 血液腫瘍患者の緩和ケア |
| 0000 | ○ | ～ | 0000 | ○ | ○○ヶ月間 | ○○法人○○会○○○○病院 | ○○○○病棟 | 看護師 | 婦人科がん患者の緩和ケア |
| 0000 | ○ | ～ | 0000 | ○ | ○○ヶ月間 | 岩手医科大学附属病院 | ○○○○病棟 | 主任看護師 | 消化器がん術後終末期にある患者の緩和ケア |
| ①合計 | | | | | ○○ヶ月 | | | | |

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 | 職位 |
|------|---|---|------|---|--------|---------------|-------|
| 0000 | ○ | ～ | 0000 | ○ | ●●ヶ月間 | ○○○県立○○○○病院 | 看護師 |
| 0000 | ○ | ～ | 0000 | ○ | ●●ヶ月間 | ○○法人○○会○○○○病院 | 看護師 |
| 0000 | ○ | ～ | 0000 | ○ | ●●ヶ月間 | 岩手医科大学附属病院 | 主任看護師 |
| ②合計 | | | | | ●●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) |
|------------|------|--------------|
| ○○ヶ月 | ●●ヶ月 | ○●ヶ月 |

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 | ○○大学附属○○○病院 |
| 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) | 外来患者数：○例/年、入院患者数：○例/年 |
| 3) | 認定看護分野に関する施設基準の届出の種類 | ○○管理加算、○○患者ケア加算 |
| 4) | 認定看護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 | 緩和○○外来：有・無、緩和○○チーム：有・無、緩和○○病棟：有・無 |
| 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人を記載する。 | 緩和ケア認定看護師：○名 ○○○認定看護師：○名 実務研修指導者：教育担当部長、○○分野における経験5年以上を有する主任等 |

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」における認定看護分野に関連した担当実績(通算の事例数) | ○○ 例 |
|--|------|

※ 教育機関チェック欄

認定看護師教育課程は、実務研修に関する要件を満たしているか入学選抜時に審査すること。

免許取得後、実務研修が通算5年以上あること(上記1.より)。

うち3年以上は認定看護分野の実務研修の実績があること(上記3.より)。