

(様式 5-1)

受付番号：※記入不要

実践活動報告書

1. 実践活動施設歴

| 特定行為研修修了後の実践活動期間および実務施設名 (所属施設名、所属部署名、職位) | |
|--|--|
| 2000年8月～2001年3月 (8 か月間) | 所属施設名： ○○病院 所属部署名： 外科病棟 職位： 看護師 |
| 2001年4月～2006年3月 (60 か月間) | 所属施設名： ○○病院 所属部署名： 看護部 褥瘡管理室 職位： 主任看護師 |
| 2006年4月～2012年7月 (76 か月間) | 所属施設名： ○○病院 所属部署名： 看護部 医療相談室 職位： 看護師長 |
| 年 月～ 年 月 (か月間) | 所属施設名： 所属部署名： 職位： |
| 年 月～ 年 月 (か月間) | 所属施設名： 所属部署名： 職位： |
| 年 月～ 年 月 (か月間) | 所属施設名： 所属部署名： 職位： |
| 年 月～ 年 月 (か月間) | 所属施設名： 所属部署名： 職位： |
| 特定行為実践歴合計 | か月間 (年 か月間) ※20××年○月末日現在 |