

(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：〇〇病院 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：〇〇病院 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：〇〇病院 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