（様式 5-1-②）

受付番号：

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） |
| 　年　　月～　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　職位：　 |
| 　年　　月～　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　職位：　 |
| 　年　　月～　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　職位：　 |
| 　年　　月～　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　職位：　 |
| 　年　　月～　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　職位：　 |
| 　年　　月～　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　職位：　 |
| 　年　　月～　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　職位：　 |
| 特定行為実践歴合計 | ヶ月間（　　　年　　ヶ月間）※2025年6月末日現在 |

※認定看護師の資格を持ち特定行為研修を修了している看護師（B課程修了者含む）は、

こちらの様式のみ記入して下さい。