（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。