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（※2025年6月末現在の職歴を記載する。）

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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 | ケ月 |  |

2.看護実務研修施設の概要

（施設が複数の場合、現在、在職している施設に関することを記載する。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1） | 施設名 |  |
| 2） | 受験する領域パッケージ又は選択した特定区分に関連する年間症例数（在宅、入院・外来を含むおおよその延べ人数） |  |
| 3） | 受験する領域パッケージ又は選択した特定区分に関する施設基準の届出の種類 |  |
| 4） | 特定行為研修修了者・認定看護師・専門看護師の人数とその分野の名称 |  |

|  |
| --- |
| ※ □ 教育機関チェック欄□ 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）。 |