

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（※20××年○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
0000	○	～	0000	○	00ヶ月間	0000県立00000病院	消化器・循環器 混合病棟	看護師	術後の創傷管理 下肢創傷のケア
0000	○	～	0000	○	00ヶ月間	00法人00会00000病院	泌尿器科病棟	看護師	ウロストーマの管理
0000	○	～	0000	○	00ヶ月間	岩手医科大学附属病院	専従の褥瘡管理者	主任看護師	褥瘡管理全般

合計 00ヶ月

勤務証明書と
一致している事

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	岩手医科大学附属病院
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）	気管カニューレ交換 〇例/年 胃ろうの交換 〇例/年 褥瘡の壊死組織の除去 〇例/年 脱水の補正 〇例/年
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	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
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	クリティカルケア認定看護師 〇名 皮膚・排泄ケア認定看護師 〇名

※ ☐ 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）。