

(様式 5-1-②)

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： ○○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： ○○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： ○○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

※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。