（様式 6）

受付番号：※記入不要

実 務 研 修 報 告

氏　名：

1. 実務研修期間および内容について（※20××年〇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	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	〇〇〇県立〇〇〇〇病院	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	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院	泌尿器科病棟	看護師	ウロストーマの管理
0000	〇	～	0000	〇	〇〇ヶ月間	岩手〇〇〇〇病院	専従の褥瘡管理者	主任看護師	褥瘡管理全般
合計					〇〇ヶ月				

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	岩手〇〇〇〇病院
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）。