|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．実務研修期間及び内容（＊募集要項の受験資格 注）参照）  １）認定看護分野における看護実務研修期間 | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 | |  | 年 | 月 | 期間  (月数) | 所属施設名 | 部署 | 職位 | 実務研修内容 |
|  |  | | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | ①合計 | |  |  |  |  |  |
| ２）認定看護分野以外での看護実務研修期間 | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 | |  | 年 | 月 | 期間  (月数) | 所属施設名 | | 職位 | |
|  |  | | 〜 |  |  |  |  | |  | |
|  |  | | 〜 |  |  |  |  | |  | |
|  |  | | 〜 |  |  |  |  | |  | |
|  |  | | 〜 |  |  |  |  | |  | |
|  |  | |  | ②合計 | |  |  | |  | |
| ３）看護実務研修期間の確認 | | | | | | |  | |  | |
| ①（36か月以上） | | | | | | | ② | | ①＋②（60か月以上） | |
|  | | | | | | |  | |  | |
| ２．認定看護分野における実務研修施設の概要  （＊最低3年間の認定看護分野歴における施設の実績について記載。施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する） | | | | | | | | | | |
| １） | | 施設名 | | | | | | |  | |
| ２） | | 認定看護分野に関連する年間症例数（入院・外来を含む延べ人数） | | | | | | |  | |
| ３） | | 認定看護分野に関する施設基準の届出の種類 | | | | | | |  | |
| ４） | | 認定看護分野に関する専門の部門（部署・外来・病棟等）の　　　有無とその名称 | | | | | | |  | |
| ５） | | 認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称　※0名の場合は、申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた者を記載 | | | | | | |  | |
| ３．実務研修の実績　概要 | | | | | | | | | | |
| １）認定看護分野における看護実務研修期間」において、認定看護分  野に関連する症例を担当した事例数（通算） | | | | | | | | | 例 | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| * 受験番号 |
| 氏　　　名 |

（嚥:様式３）

**実務研修報告書**

|  |
| --- |
| 【教育機関チェック欄】  □看護師免許取得後、通算５年以上実務研修をしていること  □うち通算３年以上、摂食嚥下障害患者の多い病棟、外来、または在宅領域で実務研修していること  □摂食嚥下障害患者の看護を５例以上担当していること  □現在、摂食嚥下障害患者の看護に携わっていることが望ましい |