様式４別紙１－１（No.　　）

令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

指定研修機関番号　　　　　　　　指定研修機関名

**講義、演習又は実習を行う施設及び設備の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ③  研修を行った特定行為区分数 | ④  共通科目の定員数 | ⑤特定行為研修を受講した看護師数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | 循環器関連 | 心囊ドレーン管理関連 | 胸腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーン管理関連 | ろう孔管理関連 | 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 | 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 | 創傷管理関連 | 創部ドレーン管理関連 | 動脈血液ガス分析関連 | 透析管理関連 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 感染に係る薬剤投与関連 | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 術後疼痛管理関連 | 循環動態に係る薬剤投与関連 | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 |
| ①指定研修機関名 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |
| ②講義、演習又は実習を行う施設名 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

１　本様式については、指定研修機関及び講義、演習又は実習を行う施設ごとに、かつ特定行為研修を行う特定行為区分ごと項目を記入し、１部作成すること。

２　指定研修機関は、①に指定研修機関名を記入し、指定研修機関において③研修を行った特定行為区分数、④共通科目の定員数、⑤特定行為研修を受講した看護師数を記入すること。

３　「②講義、演習又は実習を行う施設名」については、講義、演習又は実習を行う全ての施設について記入すること。

４　患者に対する実習を行う施設は、③研修を行った特定行為区分数、⑤特定行為研修を受けた看護師数を記入すること。患者に対する実習を行わない施設については、②講義、演習又は実習を行う施設名のみの記入でよいこと。

５　記入欄が足りない場合は、行を追加して記入すること。なお複数頁にわたる場合は「（No.　）」に通し番号を記入すること。