

特定行為研修修了証

フリガナ			
氏 名	(姓)		(名)
看護師籍の登録番号 及び登録年月日	第	号	
生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
修了した特定行為研修に 係る特定行為区分の名称	<p style="color: red;">領域別パッケージ研修を終了した場合、領域名について記載するとともに、終了した特定行為区分については、特定行為区分名だけでなく、履修した特定行為名を記載する。</p> <p style="color: red;">(記載例: 在宅・慢性期領域研修を終了した場合) 【在宅・慢性期領域】 ・呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 ・ろう孔管理関連(胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換) ・創傷管理関連(褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去) ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連(脱水に対する輸液による補正)</p>		
特定行為研修を修了した 年月日	令和	年	月 日
特定行為研修を実施した 指定研修機関の指定研修 機関番号及び名称	指定研修機関番号		
	指定研修機関の名称		

本様式に、必要な事項を追加して記載することは差し支えない。

備考

- 1 「修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称」については、領域別パッケージ研修を受講した場合は、修了した領域名及び特定行為についても記入すること。
- 2 本様式に、必要な事項を追加して記載することは差し支えない。