

様式記載要領

様式C：特定行為研修を修了した看護師に関する報告

- はじめに

はじめに（1／2）

- この申請様式は、「保健師助産師看護師法（昭和23年7月30日法律第203号）」、「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令（平成27年3月13日厚生労働省令第33号）」及び「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令の施行等について（平成27年3月17日医政発0317第1号）」に基づくものです。
- 申請様式及び記載要領は、特定行為に係る看護師の研修制度に関する厚生労働省のホームページ（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>）に掲載されています。
- 指定研修機関は、特定行為研修修了証を交付したときは、当該交付の日から起算して一月以内に、特定行為研修を修了した看護師に関する以下の①から④に掲げる事項を記載した報告書（様式C）を厚生労働大臣に提出しなければならないこと。
 - ①氏名、看護師籍の登録番号及び生年月日
 - ②修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称（領域別パッケージ研修の場合は、実施した研修に対応する特定行為の名称及び上記通知の別紙6に示す領域名も併記すること。）
 - ③特定行為研修を修了した年月日
 - ④特定行為研修を実施した指定研修機関の名称

はじめに（2／2）

誤入力・誤操作防止のため、最初に以下をご確認の上、ご記入ください。

行や列の挿入・削除、セルの結合等の禁止

- この様式ファイルでは、**行や列の挿入・削除、セルの幅・高さの変更、セルの結合を行うことはできません**（シートに保護をかけているため、記入者側でこのような操作は行えません）。
- 記入欄の数（行）が足りない場合は、別のファイルに続きを記入してください。

記入時の注意事項

- 誤入力防止のため、項目によっては「選択式」、「半角数字のみ」、「全角カタカナのみ」等の入力制限を設定しています。
- 自由記述式の項目を記入する際、**セル内での改行は行わないでください。**

推奨環境

- この様式ファイルは、**ディスプレイ解像度1920×1200以上**で適切に表示されることを確認しています。
- これ以下の環境の場合、「一部項目で文字が見切れる」、「行の縦幅に余裕がなく読みづらい」等の事象が発生する可能性があるため、ご注意ください。

- 特定行為研修を修了した看護師に関する報告

特定行為研修を修了した看護師に関する報告（1／2）

特定行為研修を修了した看護師に関する報告書

番号	氏名	フリガナ	看護師籍の登録番号及び 登録年月日		生年月日(西暦)	修了した特定行為													
			看護師籍の登録番号	登録年月日(西暦)		呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）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			心臓ドレーン管理関連	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	
			侵襲的陽圧換気の設定の変更	非侵襲的陽圧換気の設定の変更	する人工呼吸器の投与量の調整	人工呼吸器からの離脱	一時的ベースメードの操作及び管理	一時的ベースメードの拔去	経皮的心肺補助装置の操作及び管理	離脱を行なうバルーンパンピングからの頻度の調整	大動脈内バルーンパシフィケーターの補助の頻度の調整	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定	胸腔ドレーンの抜去	膀胱カテーテルの交換	胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	膀胱カテーテル管理（中心静脈カテーテル）			
1	特定 護	トクタイ マキル	1234567	2015年4月9日	1983年3月13日				○							○			
2	姓と名の間は全角スペース1字空ける			年 月 日	年 月 日														
3				年 月 日	年 月 日														

1 看護師籍の登録番号

7桁の数字を記入してください。

2 修了した特定行為研修に係る特定行為区分

該当する特定行為区分の欄に○をつけてください。なお、特定行為区分のうち、特定行為ごとに欄を分けている区分は、修了した特定行為の欄に○をつけてください。

- 記入欄が足りない場合は、別のファイルに続きを記入の上、提出してください。

- 別のファイルに続きを記入する際は、ファイル名の末尾に「_1」、「_2」…と番号を振ってください。

(例) 20251006+○○病院_1.xlsx

20251006+○○病院_2.xlsx

※「○○病院」の部分は、法人名は除いてください。

特定行為研修を修了した看護師に関する報告（2／2）

指定研修機関番号

指定研修機関名

1

2

3

4

西暦

年

月

日

為研修に係る特定行為区分

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		術後疼痛管理関連		感染に係る薬剤投与関連		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				領域別パッケージ研修						過去に修了証の交付を受けた者	備考	
流血のない慢死組織の除去における血	創傷に対する陰圧閉鎖療法	直接動脈穿刺法による採血	椎骨動脈ラインの確保	量持続点滴中の高カロリー輸液による補正	脱水症状に対する輸液による補正	持続点滴中の高カロリー輸液による補正	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	在宅・慢性期領域	外科術後病棟管理領域	術中麻酔管理領域	救急領域	外科系基本領域	集中治療領域																	
○						○		○																					2019年3月31日	○
																													年月日	年月日
																													年月日	年月日

1 領域別パッケージ研修

領域別パッケージ研修修了者は、修了した領域に○をつけるとともに、修了した特定行為区分（行為）にも○をつけてください。

2 特定行為研修を修了した年月日

複数の特定行為区分を修了した看護師であって、それぞれの特定行為区分の修了年月日が異なる場合は、行を分けて記入してください。

3 過去に修了証の交付を受けた者

過去に特定行為研修の修了証の交付を受けたことがある修了者は、○をつけてください。

4 備考

過去に特定行為研修の修了証の交付を受けた者が再び特定行為研修を修了し、修了証を交付した際に看護師籍の登録番号が変更となっていた場合は、旧看護師籍の登録番号を備考欄に記入してください。