様式４

年次報告書

様式７

平成　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

指定研修機関名

代表者　　　　　　　　　　　　　印

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年厚生労働省令第３３号）第１１条の規定に基づき、年次報告書を提出いたします。

指定研修機関番号：

指定研修機関名：

記入日：平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 作成責任者の氏名及び連絡先 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 役職　　　　 　　　　　　　　　　　（内線　　　　）（直通電話（　　）　　―　　　　）e-mail：　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名（姓） | （名） |

|  |  |
| --- | --- |
| １.名称 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| ２.所在地 | 〒　　 　 　-　 　 　 　　　（　　　　　　都・道・府・県）電話：（　　）　　―　　　　 ＦＡＸ：（　　）　　―　　　　 |
| ３.代表者の氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
|  |
| ４．特定行為研修に係る特定行為区分の名称 |  |
| ５．講義、演習又は実習を行う施設及び設備の状況 | ＊　別紙１に記入 |
| ６．指定研修機関と協力施設との連携状況 | ＊　別紙２に記入 |
| ７.前年度の特定行為研修管理委員会の開催回数等 | 　　　回開催日：議事内容： |

指定研修機関番号：

指定研修機関名：

（No．　）

＊ここからは特定行為区分ごとに記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ９．特定行為区分の名称 |  |  |  |
| １０．特定行為研修の名称（任意） |  |  |  |
| １１．前年度の特定行為研修の実施期間及び当該実施期間ごとの特定行為研修を受けた看護師の数 | 実施期間 | 受講者の数 | 実施期間 | 受講者の数 | 実施期間 | 受講者の数 |
| 年　月　日～　年　月　日 | 名 | 年　月　日～　年　月　日 | 名 | 年　月　日～　年　月　日 | 名 |
| 年　月　日～　年　月　日 | 名 | 年　月　日～　年　月　日 | 名 | 年　月　日～　年　月　日 | 名 |
| 年　月　日～　年　月　日 | 名 | 年　月　日～　年　月　日 | 名 | 年　月　日～　年　月　日 | 名 |
| 年　月　日～　年　月　日 | 名 | 年　月　日～　年　月　日 | 名 | 年　月　日～　年　月　日 | 名 |
| １２．前年度の特定行為研修を修了した看護師の数 | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 |
| １３．当該年度の特定行為研修の実施期間 | 年　月　日～　年　月　日 | 年　月　日～　年　月　日 | 年　月　日～　年　月　日 |
| 年　月　日～　年　月　日 | 年　月　日～　年　月　日 | 年　月　日～　年　月　日 |
| 年　月　日～　年　月　日 | 年　月　日～　年　月　日 | 年　月　日～　年　月　日 |
| 年　月　日～　年　月　日 | 年　月　日～　年　月　日 | 年　月　日～　年　月　日 |

備考

１　「作成責任者の氏名及び連絡先」は、本様式４に関する問合せに対して回答できる作成責任者を記入すること。

２　「作成責任者の氏名及び連絡先」のメールアドレスについては、携帯電話のメールアドレスは使用しないこと。

３　「３．代表者の氏名」は、学校にあっては設置者、病院にあっては開設者、法人その他の者にあってはその代表者の氏名を記載すること。

４　「４．特定行為研修に係る特定行為区分の名称」は、特定行為研修を行っている全ての特定行為区分について記入すること。

５　「５．講義、演習又は実習を行う施設及び設備の状況」は、特定行為研修を行っている全ての特定行為区分ごとに、講義、演習又は実習を行う全ての施設及び設備について別紙１に記入すること。

６　「６．指定研修機関と協力施設との連携状況」は、全ての協力施設について別紙２に記入すること。

７　「１０．特定行為研修の名称（任意）」は、指定研修機関の指定を受けようとする施設等において、行おうとする特定行為研修に独自の名称を付けた場合に任意で記入すること。

８　記入欄が足りない場合は、当該用紙を複写して使用するとともに、「(No．)」に通し番号を記入すること。