【様式３】　　　 　　　　　　　　　　　受験番号（　　　　　　　　　　）

実務研修報告書

氏　名：

1. 実務研修施設および内容について（2023年10月末日現在として記載する）
2. 全実務研修期間および実務研修施設名（※実務研修とは、看護実践経験のことをいう）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 　月  | 注1）期　間 | 所属施設名 | 部署（診療科） | 職　位 | 備考 |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 全実務研修期間 | か月間 |  |

1. 認定看護分野「感染管理」での実務研修期間

※実務研修内容については、感染管理における分野歴がわかるように記載する（感染対策室を含む）

例：専任感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、ASTメンバー、ICCメンバー、感染対策係など

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　 月  | 注1）期　間 | 所属施設名 | 部署（診療科） | 実務研修内容 |
| 年 月 ～ 年 月 |  　　 か月間 |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 |  　　 か月間 |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 |  　　 か月間 |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 |  　　 か月間 |  |  |  |
| 年 月 ～ 年 月 |  　　 か月間 |  |  |  |
| 認定看護分野歴合計 | 　　　か月間（　　　年　　　　か月　）※2023年10月現在 |

注1）産休・育休などの休職期間を除いた期間を記載してください