　　　　　　　　　　　　様式５

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**希望する区分別科目に関する施設情報**

　　　　　　　　　　　　　氏名

１．該当するものに○を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当する区分別科目 | 選択  科目 | 16週間で自施設に対象となる事例が5例以上ある場合 | 区分別科目ごとの自施設実習における指導者がいる場合 |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |  |  |
| 栄養及び水分管理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 |  |  |  |

＊指導者とは：臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講、または医学生や研修医に対する教育経験がある医師です。

　２．所属施設の特定行為研修を修了した看護師の有無に○をつけてください。

有と答えた方は人数を記入してください。

①有　⇒　（　　　）名　　　 ②無

　３．貴施設での実習指導について、指導体制の有無に〇をつけてください。

①有　　　　 　　　　　 　②無

（注）※印欄には記入しないこと。

様式５は推薦書を記入したものと相談して記入すること。