

特定行為研修修了証

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。

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
	昭和 平成 令和	年 月 日
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>(記載例1:在宅・慢性期領域研修を修了した場合) 【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> <p>(記載例2:在宅・慢性期領域において「創傷管理関連」の「創傷に対する陰圧閉鎖療法」も修了した場合) 【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、創傷に対する陰圧閉鎖療法) ・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	

領域別パッケージ研修を修了した場合、領域名について記載するとともに、修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。

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。