（様式3）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：

**実務研修報告書**

1. **実務研修施設歴**（※申請書作成までの受験者の職歴を記載する）

**1－1）全実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、部署名、職名）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　間（月数） | 所属施設名 | 部署名 | 職位名 |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 合　　　　計 | ヶ月（　　年　　ヶ月） | ＊2018年10月末日現在 |

**1－2）集中ケア分野実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、部署名、職名）**

部署名はＩＣＵ・ＨＣＵ・ＣＣＵなど集中ケア部門関連がわかる表記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　間（月数） | 所属施設名 | 部署名 | 職位名 |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 集中ケア分野歴合計 | ヶ月（　　年　　ヶ月） | ＊2018年10月末日現在 |

（様式3）

**２．専門分野における実務研修施設の概要**

＊施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する（様式をコピーして、記載する）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 施設名称 |  |
| 2 | 集中ケア分野に関する患者の年間症例数 | 集中ケアを必要とする患者：　　　　　　　　　名/年(集中ケアを受ける患者の年間の概算数を記入) |
| 3 | 集中ケア領域における治療部門の有無 | ・ICU　： 有　　無・CCU　：　　　　有　　無・その他　： |
| 4 | 集中ケア領域における診療報酬の有無 | ・特定機能病院：　　　　　　　　　　　有　　無・特定集中治療室管理料：（　　）　　　有　　無・救命救急入院料：（　　）　　　　　　有　　無・ハイケアユニット入院医療管理料：　　有　　無・脳卒中ケアユニット入院医療管理料：　有　　無・小児特定集中治療室管理料：　　　　　有　　無 |
| 5 | 集中ケア分野の認定看護師および関連する認定看護師・専門看護師分野と人数* 上記該当者がいない場合のみ、受験申請者自身が集中ケア分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。
 | 1.集中ケア認定看護師　　　　　　：有（　　　名）　無2.急性・重症患者看護専門看護師　：有（　　　名）　無3.上記がいない場合実務研修指導者： |

**３．学会および研究発表等の実績**（集中ケア認定分野における実績）

|  |
| --- |
| １）所属職能団体及び学会に○をつける。その他の（　）内は記入する　（＊現在加入している団体のみ） |
| （　　）日本看護協会　　（　　　）日本集中治療医学会　　（　　　）日本クリティカルケア看護学会（　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２）学会参加状況 |
| 学会名：　日本集中治療医学会　　　（　2016～　）　　　　　　　学会名：　　　　　　　　　　　　　（　　　） | 学会名：　　　　　　　　　　　　　　（　　　）学会名：　　　　　　　　　　　　　　（　　　） |
| ３）研究発表などの実績（学術誌投稿など含む） |
|  |