（様式3）

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

**実務研修報告書**

1. **実務研修施設歴**（※受験者の経歴を記載する）

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　間（月数） | | 所属施設名 | 所属部署名 | 職位 |
| 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） | ＊2024年8月末日現在 | |

**1－2）クリティカルケア分野実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、所属部署名、職位）**

所属部署名は、救急外来・救急病棟・ICU・HCU・CCUなどクリティカルケア部門である事がわかるよう記載する

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　間（月数） | | 所属施設名 | 所属部署名 | 職位 |
| 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 |  |  |  |
| クリティカルケア分野歴合計 | | ヶ月（　　年　　ヶ月） | ＊2024年8月末日現在 | |