

※受験番号

## 区分別科目特定行為区分実習に係る申出書

(二次募集)

令和 年 月 日

長崎大学病院長 殿

施設名 \_\_\_\_\_

施設長 \_\_\_\_\_ 印

様式4で推薦した受講志願者が長崎大学病院看護師特定行為研修を受講する場合、特定行為区分実習について、下記のとおり申し出ます。

## 1) 志願する特定行為区分実習について (該当する項目の□にチェックを入れてください)

1. 自施設 (または自施設の関連施設) が協力施設となり、全ての実習を受け入れます
2. 自施設 (または自施設の関連施設) が協力施設となり、一部の实習を受け入れます
3. 自施設は協力施設とならず、全ての実習を長崎大学病院で実施することを希望します

## 2) 1) の1および2の場合、協力施設で実施する特定行為区分実習について

志願するものに☑※1	特定行為区分名	特定行為名	自分の施設で受け入れる実習※2
<input type="checkbox"/>	呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ 又は経鼻用気管チューブ の位置の調整	
<input type="checkbox"/>	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	
		非侵襲的陽圧換気の設定の変更	
		人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器からの離脱		
<input type="checkbox"/>	呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換	
<input type="checkbox"/>	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	
		橈骨動脈ラインの確保	

【記入方法】※1. 特定行為研修を志願する特定行為区分の□にチェックを入れる。

※2. ☑を入れた特定行為区分について、自分の施設で実習を受け入れるものに○を記入する。

## 《協力施設とは》

長崎大学病院と連携協力し、特定行為研修に係る区分別科目の特定行為区分実習を行う施設です。協力施設になるためには、所定の手続きが必要となります。また、協力施設には実習指導ができる医師(臨床研修指導医もしくは臨床研修指導医と同等以上の経験を有する医師)が必要となり、実習期間中、特定行為ごとに最低5症例が必要となります。