渓仁会看護師特定行為指定研修センター

　看護師特定行為研修

勤務証明書

下記の通りであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 志願者氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 （満 |  | 歳） |
| 在職期間 | 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 ～ |  |
|  | 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 所属部署 |  |  | 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月～ |
| 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月 |
|  |  | 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月～ |
| 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月 |
|  |  | 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月～ |
| 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月 |
|  |  | 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月～ |
| 昭和 ・ 平成 |  | 年 |  | 月 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 施設所在地： |  |
| 施設名称： |  |
| 施設長： |  |  |

注）受講要件

1. 看護師免許を有すること
2. 看護師の免許取得後、通算5年以上の実務経験を有すること
3. 施設において特定行為の実践・協力が得られ、所属部門長（看護部長等）及び施設長（病院長）の推薦状があること
4. 研修で行う臨床実習をすべて受講生の所属する施設（自施設）で行うことが可能であること