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

推薦書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

渓仁会看護師特定行為指定研修センター

看護師特定行為管理委員会 殿

|  |  |
| --- | --- |
| 施設等の名称： |  |
| 役 職： |  |
| 推薦者の氏名： |  |  |

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の受講生として、次の者を推薦いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 志願者氏名 |  |

【推薦理由】 ※ 受講修了後の期待される役割などを記入ください

|  |
| --- |
|  |

注）受講資格

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. 看護職賠償責任保険に加入していること
5. 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