**（様式第５号）**

**実習施設情報**

**1．実習を行う予定の施設リスト**

**※**研修修了後も各所属施設において特定行為の実践を有効に行っていくためには、安全に活動する施設基盤や指導医による継続した指導が重要と考え、

**臨地実習については、所属施設（関連施設含む）で行って頂くことを原則としております**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **施　設　名　称** |
| 所属施設 | ① |  |
| 実習協力が可能な他施設 | ② |  |
| ③ |  |
| 実習施設が確保できない | ④ |  |

**2．受講を希望する特定行為に関する施設情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分別科目の名称** | **実習を行う施設**  (※上記リストから番号を記入する) | **2か月間で対象となる**  **症例が5例以上ある場合**  **○を記入** | **指導者\*がいる場合**  **○を記入** |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |  |  |
| 感染に係る薬剤投与関連 |  |  |  |

＊指導者とは、臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師のこと