**（様式　5）**

**実習施設情報**

**1．**実習を行う施設の希望

※研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を推奨しています。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 施　設　名　称 |
| 自施設実習 | ① |  |
| 他施設実習 | ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ | 国立病院機構　岩手病院 |

2．受講を希望する特定行為に関する施設情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分別科目またはパッケージ研修の名称 | 実習を行う施設(※上記リストから番号を記入する) | 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 |
| 胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、若しくは腸ろうカテーテル |  |  |  |
| 膀胱ろうカテーテルの交換 |  |  |  |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　 |  |  |  |

＊指導者とは：「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、または臨床経験が7年以上で、医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する医師