**（様式　5）**

**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る。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **施　設　名　称** |
| 自施設実習 | ① |  |
| 他施設実習 | ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ | 実習施設がない |

**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) | **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** |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連　 |  |  |  |
| 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 |  |  |  |
| 動脈血液ガス分析関連 |  |  |  |

＊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