様式４

年次報告書

令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

指定研修機関名

代表者

保健師助産師看護師法第３７条の２第２項第１号に規定する特定行為及び同項

第４号に規定する特定行為研修に関する省令（平成２７年厚生労働省令第３３号）第１１条の規定に基づき、年次報告書を提出いたします。

様式４

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本報告に関する問合せ窓口 | | | | | | | | |
| 氏名 | フリガナ |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 部署名 |  | | | | | | | |
| 電話 |  | | － |  | － |  | （内線番号） |  |
| e-mail |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 指定研修   機関の名称 | フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ２．指定研修機関番号 | |  | | | | | | |
| ３．所在地 | 郵便番号 |  | － |  | | 都道府県 | |  |
| フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ４．電話 | －　　　　　－ | | | | ５．FAX | | －　　　－ | |
| ６．代表者の  氏名 | フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ７．講義、演習又は実習を行う施設及び設備の状況 | | ＊　別紙１－１、１－２に記入 | | | | | | |
| ８． 特定行為研修管理委員会の開催実績 | | 実施回数　　　　回  主な議事内容： | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９．特定行為区分ごとの特定行為研修の実施状況 | | | | | |
| 特定行為区分の名称 | | 特定行為研修の実施期間 | | 受講者数 | 修了者数 |
|  | | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  | | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  | | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  | | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  | | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 領域別パッケージ研修 | 在宅・慢性期領域 | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 外科術後病棟管理領域 | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 術中麻酔管理領域 | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 救急領域 | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 外科系基本領域 | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 集中治療領域 | 前  年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 当該年度 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |  |  |

備考

１　「本報告に関する問合せ窓口」は、様式４に関する問合せに対して回答できる作成責任者を記入すること。

２　「本報告に関する問合せ窓口」のメールアドレスについては、携帯電話のメールアドレスは使用しないこと。

３　「６．代表者の氏名」は、学校にあっては設置者、病院にあっては開設者、法人その他の者にあってはその代表者の氏名を記入すること。

４　「７．講義、演習又は実習を行う施設及び設備の状況」は、特定行為研修を行った全ての特定行為区分ごとに、講義、演習又は実習を行う全ての施設及び設備について別紙１－１、別紙１－２に記入すること。

５　「９．特定行為区分ごとの特定行為研修の実施状況」は、特定行為研修を実施している特定行為区分の欄に、特定行為研修の実施期間、受講者数、修了者数を記入すること。なお、同一年度に同一の特定行為研修を複数回実施している場合は、特定行為研修を実施した期間ごとに受講者数及び修了者数を記入すること。複数年度にわたって特定行為研修を実施している場合は、それぞれの特定行為研修を実施した期間ごとに受講者数及び修了者数を記入すること。特定行為研修を実施しているが受講者または修了者がいない場合は「０」と記入すること。

６　領域別パッケージ研修を行った場合は、領域別パッケージ研修ごとに研修の実施状況を記入すること。

７　記入欄が足りない場合は、行を追加し記入すること。