|  |  |
| --- | --- |
| ※受講試験番号 |  |

（2025：様式8）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 |  |

**看護師特定行為研修修了区分とその人数について**

自施設の看護師特定行為研修修了者の、修了区分名・特定行為名、修了者の人数を下記の表にご記入ください。

（必要時行を追加してご記入下さい。）

　記入例：青字（提出時は例は削除）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分名 | 特定行為名 | 特定行為修了者人数 |
| 例：栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 例：持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 | 　6人 |
|  | 脱水症状に対する輸液による補正 | 6人 |
| 創傷管理関連 | 褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 | 　2人 |
|  | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | 　2人 |
|  |  |  |
|  |  |  |