（2025：様式6）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 |  |

**看護師特定行為研修修了者状況について**

自施設の看護師特定行為研修修了者状況について以下の項目に必要事項をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分別科目名 | 特定行為名 |
| 例：栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |
|  | 脱水症状に対する輸液による補正 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |