

* 受付番号

実習協力に関する同意書

福島県立医科大学長 様

令和 年 月 日

住所

施設名

職名

代表者名

福島県立医科大学で看護師特定行為研修の受講を希望する下記の者について、受講が認められた場合には、実習を本施設で行うことについて同意します。

記

実習希望者の所属施設名	
実習希望者の氏名	
実習を希望する特定行為 区分・領域別パッケージ	

【施設情報】

確認事項	チェック欄
1. 各特定行為について、概ね4ヶ月で5症例以上の実習が確保できる。	※様式 7-2 に 記載
2. 各特定行為について、要件を満たした指導者となれる者が、 医師1名以上を含めている。	
3. 医療安全体制が確保されている。	
4. 実習生の活動を補助する看護師の配置等、実習のサポート体制が 整えられる。	
5. 協力施設として、必要な諸手続きを行える事務体制が整えられる。	

※2の指導者の要件については募集要項を参照すること。