（様式 5）

医療法人財団　荻窪病院　看護師特定行為研修
勤 務 証 明 書

下記の通りであることを証明します。

<table>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>志願者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="2">（西暦）　　年　　月　　日生　（満　　歳）</td></tr>
<tr><td>在 職 期 間</td><td colspan="2">（西暦）　　年　　月　　日　～
（西暦）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">所 属 部 署</td><td>①</td><td>（西暦）　　年　　月　～
（西暦）　　年　　月</td></tr>
<tr><td>②</td><td>（西暦）　　年　　月　～
（西暦）　　年　　月</td></tr>
<tr><td>③</td><td>（西暦）　　年　　月　～
（西暦）　　年　　月</td></tr>
<tr><td>④</td><td>（西暦）　　年　　月　～
（西暦）　　年　　月</td></tr>
</table>

西暦　　年　　月　　日

施設所在地：

施設名称：

施 設 長 ：　　㊞

通算 5 年以上となるようご記入をお願いします。
複数の施設に在籍されていた場合は、当書式をコピーしてご使用ください。

注）受講要件
本研修の受講には、次の要件をすべて満たす必要があります。

①看護師免許を有すること。
②看護師の免許取得後、通算 5 年以上の実務経験を有すること。
③受講生の所属施設において特定行為の実践・協力が得られ、所属部門長（看護部等の推薦書）または、施設長（病院長）の承諾があること。
④原則、所属施設で臨床実習ができること。
⑤看護職賠償責任保険に加入していること。
⑥演習、OSCE、開講式および修了式は当院で実施します。
なお、原則として、通学が可能な方を対象とします。
※その他、受講生は ACLS または BLS の研修を受けておくことを推奨しています。