

(様式3)

3. 専門分野における実務研修施設の概要

*施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する(様式をコピーして、記載する)

1	施設名称	
2	不妊治療を受ける患者の年間症例数	約()例/年
3	不妊症の専門外来の有無 専門医または認定医の有無 ARTの年間実施数	有・無 有()名・無 約()件/年
4	1. 不妊症看護認定看護師 2. 当該分野に関連する認定看護師・専門看護師 *上記該当者がいない場合のみ、申請者自身が生殖看護分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。 記入例)教育担当師長、不妊症看護分野における経験5年以上を有する主任等	1. 不妊症看護認定看護師: 有()名・無 2. 母性看護専門看護師: 有()名・無 3. 上記1, 2がない場合 実務研修指導者(個人名でなく、職位等立場を記載してください)
5	自施設における ※ 特定行為研修修了者(区分)	・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 : 有 無
6	自施設における特定行為研修指定 研修機関の申請	・指定研修機関の申請: 済 申請中 未

4. 学会および研修会等の実績 (生殖看護分野における実績)

1) 所属職能団体及び学会(生殖看護に関するもの) (*現在加入している団体のみ)	
2) 学会参加状況	
学会名: ()	学会名: ()
学会名: ()	学会名: ()
学会名: ()	学会名: ()
3) 研究発表などの実績(学術誌投稿など含む)	