セコム医療システム株式会社　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 志願者氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | （西暦） | | 年 | | 月 | | 日生 （満 | | | 歳） | | |
| 在職期間 | （西暦） | | | 年 | 月 | | | | 日 | | ～ | |
| （西暦） | | | 年 | 月 | | | | 日 | |  | |
| 所属部署 |  |  | | | | （西暦） | | 年 | | | 月 | ～ |
| （西暦） | | 年 | | | 月 |  |
|  |  | | | | （西暦） | | 年 | | | 月 | ～ |
| （西暦） | | 年 | | | 月 |  |
|  |  | | | | （西暦） | | 年 | | | 月 | ～ |
| （西暦） | | 年 | | | 月 |  |
|  |  | | | | （西暦） | | 年 | | | 月 | ～ |
| （西暦） | | 年 | | | 月 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2023 | 年 | 月 | 日 |  | | |
| 施設所在地： | |  | |
| 施設名称： | |  | |
| 施設長： | |  |  |

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（看護部長

等）及び施設長（病院長）の推薦状があること

④看護職賠償責任保険に加入していること

⑤研修で行う臨床実習をすべて受講生の所属施設で行うことが可能であること