様式２別紙５（No.）

令和　年　月　日

**特定行為研修の指導者一覧**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定研修機関番号　　　2028005

特定行為区分名　　呼吸器（気道確保に係るもの）関連　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 指定研修機関名　　　公益社団法人日本麻酔科学会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | １．担当分野（共通科目名及び区分別科目名） | ２．氏名 | ３．職種 | ４．所属団体の名称 | ５．役職 | ６．臨床経験年数 | ７．指導医講習会等の受講経験有：○無：×医師以外：－ | ８．特定行為研修指導者講習会の受講経験有：○無：× | ９．特定行為研修の修了有：○無：×看護師以外：－ | １０．その他の資格・研修の受講経験 | １１．教育歴 | １２．備考 |
| 1 | 臨床病態生理学 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 臨床推論 演習 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | フィジカルアセスメント |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 臨床薬理学 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 疾病、臨床病態概論 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 医療安全・特定行為実践 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | OSCE評価者 |
| 8 | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | OSCE外部評価者 |

様式２別紙５（No.）

令和　年　月　日

**特定行為研修の指導者一覧**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定研修機関番号　　　2028005

特定行為区分名　　呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 指定研修機関名　　　公益社団法人日本麻酔科学会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | １．担当分野（共通科目名及び区分別科目名） | ２．氏名 | ３．職種 | ４．所属団体の名称 | ５．役職 | ６．臨床経験年数 | ７．指導医講習会等の受講経験有：○無：×医師以外：－ | ８．特定行為研修指導者講習会の受講経験有：○無：× | ９．特定行為研修の修了有：○無：×看護師以外：－ | １０．その他の資格・研修の受講経験 | １１．教育歴 | １２．備考 |
| 1 | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式２別紙５（No.）

令和　年　月　日

**特定行為研修の指導者一覧**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定研修機関番号　　　2028005

特定行為区分名　　動脈血液ガス分析関連　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　指定研修機関名　　　公益社団法人日本麻酔科学会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | １．担当分野（共通科目名及び区分別科目名） | ２．氏名 | ３．職種 | ４．所属団体の名称 | ５．役職 | ６．臨床経験年数 | ７．指導医講習会等の受講経験有：○無：×医師以外：－ | ８．特定行為研修指導者講習会の受講経験有：○無：× | ９．特定行為研修の修了有：○無：×看護師以外：－ | １０．その他の資格・研修の受講経験 | １１．教育歴 | １２．備考 |
| 1 | 動脈血液ガス分析関連 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | OSCE評価者 |
| 2 | 動脈血液ガス分析関連 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | OSCE外部評価者 |

様式２別紙５（No.）

令和　年　月　日

**特定行為研修の指導者一覧**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定研修機関番号　　　2028005

特定行為区分名　　栄養および水分管理に係る薬剤投与関連　　　　　　　　　　　　　 　　　 指定研修機関名　　　公益社団法人日本麻酔科学会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | １．担当分野（共通科目名及び区分別科目名） | ２．氏名 | ３．職種 | ４．所属団体の名称 | ５．役職 | ６．臨床経験年数 | ７．指導医講習会等の受講経験有：○無：×医師以外：－ | ８．特定行為研修指導者講習会の受講経験有：○無：× | ９．特定行為研修の修了有：○無：×看護師以外：－ | １０．その他の資格・研修の受講経験 | １１．教育歴 | １２．備考 |
| 1 | 栄養および水分管理に係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式２別紙５（No.）

令和　年　月　日

**特定行為研修の指導者一覧**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定研修機関番号　　　2028005

特定行為区分名　　術後疼痛管理関連　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 指定研修機関名　　　公益社団法人日本麻酔科学会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | １．担当分野（共通科目名及び区分別科目名） | ２．氏名 | ３．職種 | ４．所属団体の名称 | ５．役職 | ６．臨床経験年数 | ７．指導医講習会等の受講経験有：○無：×医師以外：－ | ８．特定行為研修指導者講習会の受講経験有：○無：× | ９．特定行為研修の修了有：○無：×看護師以外：－ | １０．その他の資格・研修の受講経験 | １１．教育歴 | １２．備考 |
| 1 | 術後疼痛管理関連 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式２別紙５（No.）

令和　年　月　日

**特定行為研修の指導者一覧**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定研修機関番号　　　2028005

特定行為区分名　　循環動態に係る薬剤投与関連　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 指定研修機関名　　　公益社団法人日本麻酔科学会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | １．担当分野（共通科目名及び区分別科目名） | ２．氏名 | ３．職種 | ４．所属団体の名称 | ５．役職 | ６．臨床経験年数 | ７．指導医講習会等の受講経験有：○無：×医師以外：－ | ８．特定行為研修指導者講習会の受講経験有：○無：× | ９．特定行為研修の修了有：○無：×看護師以外：－ | １０．その他の資格・研修の受講経験 | １１．教育歴 | １２．備考 |
| 1 | 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

１　様式２別紙５は、協力施設を含む講義、演習又は実習を行う施設の特定行為研修の指導者（通信による方法により行う場合は指導補助者を含む。）について、特定行為区分ごとに記入すること。

２　複数の特定行為区分に係る特定行為研修を行い、共通科目の指導者が同一の場合、いずれかの区分においてのみ共通科目の指導者を記載すればよいこと。

３　「１.　担当分野（担当科目）」は、当該指導者が担当する共通科目名又は区分別科目名を記入すること。独自の科目名がある場合は括弧書きで併記すること。

４　「４.　所属する団体の名称」は、当該指導者が所属する団体の名称を記入すること。複数の団体に所属している場合は主に所属する団体名を、所属する団体がない場合は、その旨を記入すること。

５　「５．役職」は、当該指導者が所属する団体での役職を記入すること。所属する団体での役職がない場合は、その旨を記載すること。

６　「７．指導医講習会等の受講経験」は、指導者が医師又は歯科医師の場合に、医師の臨床研修に係る指導医講習会、歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の受講経験又は当該講習会に相当する研修の受講経験の有無について記入すること。また、「〇」の場合は、受講年度と講習会の名称を記入すること。指導者が医師以外の場合には、該当なしとして「－」を記入すること。

７　「８.　特定行為研修指導者講習会の受講経験」については、特定行為研修に必要な指導方法等に関する講習会の受講経験の有無について記入すること。「〇」の場合は、受講年度と受講した講習会の主催者名を記入すること。

８　「９.特定行為研修の修了」については、指導者が看護師の場合に、特定行為研修の修了の有無について記入すること。「〇」の場合は、修了した特定行為区分の名称を記入すること。また修了した区分数が多い場合は、別途特定行為区分名を記載した用紙を添付（様式自由）、又は特定行為研修修了証を添付してもよいこと。指導者が看護師以外の場合には、該当なしとして「－」を記入すること。

９　「10．その他の資格・研修の受講経験」は、指導者の担当分野（担当科目）に関連する研修の受講経験又は資格を有する場合に、当該研修の受講年度及び名称又は当該資格の取得年及び名称を記入すること。

10　「11．教育歴」は、大学等での教授経験及びその年数について記入すること。

11　実技試験（OSCE）を行う指導者又は指導補助者である場合は、備考欄にその旨を記入すること。

12　記入欄が足りない場合は、行を追加し記入すること。なお複数頁にわたる場合は「（No.　）」に通し番号を記載すること。

13　備考欄に記入しきれない場合は、別途記載（様式自由）し添付してもよいこと。