**令和８年度春季（４月）　滋賀医科大学大学院医学系研究科看護学専攻 博士前期課程**

**高度実践コース　特定行為研修 他施設（所属施設以外）臨地実習実施承諾書**

令和　　年　　月　　日

滋賀医科大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名

上記の者が、下記施設で臨地実習を行うことを承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| **臨地実習施設名** | **臨地実習施設情報　（該当するものに☑すること）** |
| **所属施設との関係性（選択☑）** | **施設間で実習実施について同意済み****（必須☑）** | **指導者がいることについて確認済み****（医師必須☑）** |
|  | □関連施設□その他＊詳細記載必須（詳細　　　　　　　　　　　　） | □ | □医師□看護師 |
|  | □関連施設□その他＊詳細記載必須（詳細　　　　　　　　　　　　） | □ | □医師□看護師 |
|  | □関連施設□その他＊詳細記載必須（詳細　　　　　　　　　　　　） | □ | □医師□看護師 |
|  | □関連□その他＊詳細記載必須　　（詳細　　　　　　　　　　　　） | □ | □医師□看護師 |

・臨地実習を実施する施設は、滋賀医科大学特定行為研修指定研修機関の協力施設として厚生労働省へ申請が

必要です。（研修開始後、看護師特定行為研修センターより説明）

・協力施設となるには、医療安全体制、指導者の確保等の要件を満たす必要があります。（参照：保健師助産師看護師法第３７条の２第２項第１号に規定する特定行為及び同項第４号に規定する特定行為研修に関する省令の施行等について）

・医師の指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は、特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師、認定看護師及び大学等での教育経験を有すること。

ご不明な点がございましたら、事前に、看護師特定行為研修センター（☎077-548-3573）までご相談ください。

施設名

（志願者施設長）

職位・氏名（自署）

（志願者所属長）

職位・氏名（自署）

**（注意）本紙は、志願者が所属施設以外（他施設）で臨地実習を実施する場合のみ提出。**