**別記様式４-３**

臨 地 実 習 承 諾 書

　　　　　年　　　月　　　日

　筑波大学附属病院長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

施設の長（役職名）

氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の者が選択した区分別科目の臨地実習を筑波大学附属病院看護師特定行為研修の

規定に基づき自施設で行う事を承諾します。

記

受講者氏名

　選択した区分の症例が自施設で5症例以上報告できることを確認しました。

※1　次項の〈自施設実習症例確認チェックリスト〉を確認のうえ、必ず記入ください。

※2　領域別パッケージでの区分別科目については、一部の特定行為に対応する研修の免除はありません。

※3　自施設で実習を行うには、厚生労働省へ協力施設の申請手続きが必要になります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※1次項あり