|  |  |
| --- | --- |
| **申込番号(弊会記入欄)** |  |

**受講免除申請書**

令和　　年　　月　　日

公益社団法人　日本麻酔科学会　殿

日本麻酔科学会特定行為研修の受講にあたり、一部の講義の免除を申請いたしますので、

審査をお願いいたします。

**受講者名（自署）**

**審査理由(該当条件にチェック)：**

平成31年度以前に特定行為研修を受講し（旧カリキュラム）、すでに一部の特定行為研修の認定が行われているもの(共通科目一部またはすべて免除)

令和元年以降に在宅・慢性期領域パッケージないし外科術後病棟管理領域パッケージを受講し（新カリキュラム）すでに一部の特定行為研修の認定が行われている(共通科目一部またはすべて免除)

日本麻酔科学会が認定する「周術期管理チーム認定看護師」、日本看護協会が認定する「手術看護認定看護師」、いずれかの資格を保持、または、看護系大学院修士課程修了者で本学会委員の推薦がある者の内、研修実施責任者および当該区分別科目実施担当者が適当であると認めた者

<保持資格(該当条件にチェック)>

日本麻酔科学会が認定する「周術期管理チーム認定看護師」

日本看護協会が認定する「手術看護認定看護師」

看護系大学院修士課程修了者で本学会委員の推薦がある者の内、研修実施責任者および当該区分別科目実施担当者が適当であると認めた者

　(推薦委員氏名(必須)：　　　　　　　　　)

　(研修実施責任者および当該区分別科目実施担当者氏名(必須)：　　　　　　　　)

上記いずれにも該当せず、なおかつ研修実施施設長が同等の能力を有すると認めた場合、区分別科目の一部ないし全てを免除する場合がある。