

指導者に関する理由書

(西暦) 2026 年 ○ 月 ○ 日

公益社団法人 日本麻酔科学会 御中

施設名：○○病院

代表者：○○ ○○

日本麻酔科学会特定行為研修の実施にあたり、下記の者を指導者として登録したく、担当分野を指導するために必要な経験および能力を有していると総合的に判断した理由（根拠）について、以下のとおり提出いたします。

氏名	麻酔 太郎	職種	看護師
所属団体の名称	○○病院	役職	主任
担当分野 (該当科目に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 臨床病態生理学 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床推論 <input checked="" type="checkbox"/> フィジカルアセスメント <input checked="" type="checkbox"/> 臨床薬理学 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病・臨床病態概論 <input checked="" type="checkbox"/> 医療安全学/特定行為実践 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 <input type="checkbox"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 <input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析関連 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 術後疼痛管理関連 <input type="checkbox"/> 循環動態に係る薬剤投与関連		
教育歴	2006年4月から2021年3月 ○○看護専門学校において、成人看護学をはじめ急性期の臨床実習を担当		
年数	15年		
教育に係る研究	なし		
臨床経験	・2001年4月～2006年3月 △△センター 集中治療室 ・2006年4月～現在 ○○病院 手術室		
年数	25年		
資格・研修等	・平成○年医療安全管理者養成講習修了 ・平成○年看護師特定行為研修指導者講習会 主催○○大学		