**実践時間証明書**

（西暦）　　　年　　月　　日

当機関（施設）において、救急看護経験2年以上であること（申請日前日より過去5年間；2020年10月1日～2025年9月30日）

※１　救急看護部門（救急初療・外来・病棟・集中治療部門等。ただし、手術室・NICUは除く）での看護実績を有すること。（現在、勤務していることが望ましい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フルタイム | | |
| 勤務期間 | 実践時間 | 救急看護部門 |
| 例　2021年4月〜2022年10月  　　2022年10月〜2024年9月 | 1年6ヶ月  2年0ヶ月 | 集中治療室  救急外来 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フルタイム勤務以外 | | |
| 勤務期間 | 実践時間 | 救急看護部門 |
| 例　2021年4月〜2024年3月  勤務は1日6時間/週4日 | 3456時間 | 集中治療室 |

※1　審査対象期間での勤務期間を西暦で記入する。

※2 審査対象期間の勤務期間の合計を「実践時間」欄に記入する。

※3　休職・離職期間（産休・育休を含む）がある場合には、「実践時間」の合計から当該期間を差し引く。

※4 審査対象期間に2年以上（複数施設での組み合わせも可）の看護実践を行ったことを証明するものとする。

※5　所属⻑（看護師⻑以上）の証明者のサインが必要である。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

上記の者について、記載内容に誤りのないことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明者職位 |  | |
| 証明者氏名 |  | 印 |
| 施設機関名 |  | |
| 住　　　所 | 〒 | |
| TEL |  | |
| FAX |  | |