

# DSコーディネーター認定事例経験報告書

所属名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

全実務期間および実務研修期間

年 月 ～ 年 月 ( カ月)	所属施設名：
年 月 ～ 年 月 ( カ月)	所属施設名：
年 月 ～ 年 月 ( カ月)	所属施設名：
年 月 ～ 年 月 ( カ月)	所属施設名：
年 月 ～ 年 月 ( カ月)	所属施設名：
合計	カ月間

うち日帰り短期滞在部門の実務期間認定分野歴 (所属施設名・所属部署・職位)

年 月 ～ 年 月 ( カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 ( カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 ( カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合計	カ月間

日帰り・短期滞在手術の事例経験 (該当する項目に○する事)	<input type="checkbox"/> 2年間で200例 <input type="checkbox"/> 3年間で100例
----------------------------------	---

以上、記載内容が正しいことを認めます。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

施設名・所属名 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_

所属長署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ ( 医師 ・ 看護師 )

# DSコーディネーター認定事例経験報告書

記入例 ※手書き（自署）記入、所属長の署名（自署）・押印無きもの無効

所属名 日本短期病院 日帰り手術センター

氏名 日帰 短期



全実務期間および実務研修期間

2007年 4月 ～ 2013年 3月 (72ヵ月)	所属施設名： 日本短期病院 病棟
2013年 4月 ～ 2016年 8月 (32ヵ月)	所属施設名： 日本短期病院 日帰り手術センター
年 月 ～ 年 月 (ヵ月)	所属施設名：
年 月 ～ 年 月 (ヵ月)	所属施設名：
年 月 ～ 年 月 (ヵ月)	所属施設名：
合計	104ヵ月間

うち日帰り短期滞在部門の実務期間認定分野歴（所属施設名・所属部署・職位）

2013年 4月 ～ 2016年 8月 (32ヵ月)	所属施設名：日本短期病院 所属部署名：日帰り手術センター 職位：主任
年 月 ～ 年 月 (ヵ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (ヵ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合計	32ヵ月間

日帰り・短期滞在手術の事例経験 (該当する項目に○する事)	<input checked="" type="checkbox"/> 2年間で200例 <input type="checkbox"/> 3年間で100例
----------------------------------	--

以上、記載内容が正しいことを認めます。

2016年 8月 1日

施設名・所属名 日本短期病院 日帰り手術センター

役職 日帰り手術センター長

所属長署名 短期 一徹



( 医師 ・ 看護師 )