

湘南医療大学 認定看護師研修センター

認定看護師養成課程 認知症看護分野

出願書類一式

- ① 入学願書（様式1）
- ② 履歴書（様式2）
- ③ 実務研修報告書（様式3）
- ④ 勤務証明書（様式4）

※病院等の施設発行の証明書、現在の施設で通算5年以上(注1)を満たし、認知症看護分野の看護実績を3年以上(注2)満たす場合は、その施設の証明書だけでよい。
満たさない場合は以前の施設の証明も必要。

- ⑤ 事例要約（様式5）
- ⑥ 推薦書（様式6）
- ⑦ 志望理由書（様式7）
- ⑧ 受験票および写真票（様式8）※写真2枚貼付
- ⑨ 入学検定料振込金受領書のコピー（様式8）
- ⑩ 看護師免許証の写し（A4版縮小コピー）1部
- ⑪ 受験票返信用封筒

（定型長3サイズ（120mm×235mm）・392円切手貼付・住所・氏名記入）

（注1）2019年5月17日（金）までに看護師、助産師、保健師として看護実務経験が通算60ヶ月以上あることを意味する。

（注2）2019年5月17日（金）までに通算36ヶ月以上を意味する。

※書類に不備な点がある場合は受験できませんのでご注意ください。

(様式 1)

*受験番号

入学願書

学校法人湘南ふれあい学園 湘南医療大学
認定看護師研修センター センター長 殿

私は、学校法人湘南ふれあい学園湘南医療大学 認定看護師養成課程

認知症看護分野へ入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 年 月 日

(書類の記載日を記入)

ふりがな

氏名 (自署) 印

(様式2)

履 歴 書				写真貼付欄			
ふりがな				1.上半身脱帽正面向き 縦4cm×横3cm			
氏 名		西暦 年 月 日生 (満 歳)		2.最近3ヵ月以内に撮影したものを貼付してください			
現住所		〒 ー		TEL () 携帯電話 ()			
勤務先	ふりがな						
	名称						
	所在地	〒 ー		TEL ()			
	職種		職位				
免許取得年月日		看護師：西暦	年	月	日	第	号
		保健師：西暦	年	月	日	第	号
		助産師：西暦	年	月	日	第	号
一般の最終学歴							
学 校 名				卒業年月 (西暦)		修業年限	
				年 月			
看護専門学歴							
学 校 名 (学部・学科等も記載すること)				卒業年月 (西暦)		修業年限	
				年 月			
				年 月			
				年 月			
				年 月			

(様式3)

*受験番号

氏名

実務研修報告書

1. 実務研修施設 (※受験申請者の経歴を記載する)

(西暦で記入)		1-1) 全実務研修歴 (所属施設名、所属部署名、職位)	
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		職位:	
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		職位:	
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		職位:	
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		職位:	
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		職位:	
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		職位:	
合計		ヵ月間(年 ヲ月) ※2019年5月17日時点	
1-2) うち認定看護分野歴(所属施設名、所属部署名、職位)※部署は分野を明確に記載すること。			
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		所属部署名:	職位:
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		所属部署名:	職位:
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		所属部署名:	職位:
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		所属部署名:	職位:
年 月～	年 月	所属施設名:	
(ケ月間)		所属部署名:	職位:
合計		ヵ月間(年 ヲ月) ※2019年5月17日時点	

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2か所とも記載する

(様式 3)

実務研修報告書

2. 実務研修施設の概要

※最低 3 年間の認定看護分野歴における施設の実績について記載。

施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する。(欄が不足の場合は複数枚に記載しご提出ください)

施設名 ()

2-1) 認定看護分野における患者の年間症例数 (入院・外来を含む延べ人数)	認知症患者： 例/年
2-2) 認定看護分野における診療報酬の有無	1.認知症病棟入院料 有・無 2.精神科身体合併症管理加算 有・無 3.退院調整加算 有・無 4.退院時共同指導料 2 有・無 5.精神科リエゾンチーム加算 有・無 6.認知症ケア加算 有・無 7.その他 () 有・無
2-3) 認定看護分野に関する専門の部門 (部署・外来・病棟など) の有無	1.認知症専門外来 有・無 2.認知症専門病棟 有・無
2-4) 認定看護分野に関する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称	1.認知症看護認定看護師 有 (名)・無 2.老人看護専門看護師 有 (名)・無
※上記該当者が無い場合、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人	

3. 実務研修の実績 概要

認定看護分野歴 (様式 3 1-2) に記載した期間において、認知症者の看護を担当した事例数 (概算) ※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする。

通算 () 例

実務研修報告書

4. 学会および研修会などの実績

認定看護分野歴における実績

4-1) 主な研修内容（専門領域における研修会などへの参加）

4-2) 看護研究業績（学会および研究会等への発表・学術誌投稿業績等）

勤 務 証 明 書

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 西 暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 _____

住 所 _____

1. 在職期間

看護師
保健師 として 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日から
助産師 日現在

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

※在職中の場合は「日現在」に○を付けて下さい。

休職期間 _____ 年 _____ カ月

在籍年数 _____ 年 _____ カ月

勤務形態は(常勤 ・ 非常勤)

【右は勤務形態が非常勤の場合のみ記載】 1 日 _____ 時間で週 _____ 日勤務

2. 勤務した部署の具体的な特徴・経験年数

上記、相違ないことを証明します。

年 _____ 月 _____ 日

施設名

所在地

施設長名

印

事例要約

	患者（利用者）の病態 （認知症の種類・程度、 身体合併症等）	患者（利用者）の背景 （生活歴、家族構成等）	看護上の課題	看護実践とその評価
事例 1				
事例 2				
事例 3				
事例 4				
事例 5				

※入院中に受け持った患者、外来通院中に継続して関わった患者、施設入居中に継続して関わった方、訪問看護で担当した患者例であること。

(様式 6)

*受験番号

推 薦 書

年 月 日

学校法人湘南ふれあい学園湘南医療大学
認定看護師研修センター センター長 殿

施設名

看護管理責任者

印

認定看護師養成課程「認知症看護分野」の受講者として、次の者を推薦します。

ふりがな
氏 名

生年月日 西暦 年 月 日生

職 位

推薦理由

(様式 7)

*受験番号

志 望 理 由 書

(様式 8)

写真票

2019 年度 湘南医療大学

認定看護師研修センター認定看護師養成課程

* 受験番号	写真添付 正面上半身 (縦 4 cm × 横 3 cm) 裏面に氏名記入
ふりがな	
氏 名	
生年月日 西暦 年 月 日	

※受験番号には何も記入しないこと

受験票

2019 年度 湘南医療大学

認定看護師研修センター認定看護師養成課程

* 受験番号	写真添付 正面上半身 (縦 4 cm × 横 3 cm) 裏面に氏名記入
ふりがな	
氏 名	
生年月日 西暦 年 月 日	

※受験番号には何も記入しないこと

(切り取らないで下さい)

入学検定料振込金受領書のコピー

※添付してください