申請書類一式は、兵庫県看護協会ホームページよりダウンロードして下さい。

URL　http://www.hna.or.jp/

記入　見本

平成 31 年度

# 兵庫県看護協会　認定看護師教育課程　申請書類一式

## 認知症看護

(1)　入学願書（様式 1）
(2)　履歴書（様式 2）
(3)　実務研修報告書　1～5（様式 3）
(4)　勤務証明書（様式 4）
(5)　事例要約（様式 5）
(6)　受験票（様式 6）
(7)　入学検定料振込控え貼付票（様式 7）
(8)　看護師免許証の写し
(9)　受験票郵送用封筒
(10)　申請書類一式　確認リスト

「出願書類　記入見本」を参照すること。
書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

**入学願書の送付について**

封筒の表に「入学検定試験申請」と朱書きし、指定期間に必着、簡易書留で下記までお送りください。

〒650-0011　神戸市中央区下山手通５－６－２４
公益社団法人 兵庫県看護協会
認定看護師教育課程係

H31（様式1）

受験番号はすべてのページにおいて受験者は記入しないこと！

受験番号：

記入　見本

# 入　学　願　書

兵庫県看護協会会長 殿

私は、兵庫県看護協会　認知症看護認定看護師教育課程

へ入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

すべてパソコン入力とする

平成　30　年　10月　1日

フリガナ　ヒョウゴ　ハナミ

氏　名　兵庫　花美　印

西暦　1976年　12月　30日　生

フリガナ　ヒョウゴケンコウベシチュウオウクシモヤマテドオリ
〇チョウメ〇バン202

現住所　兵庫県神戸市中央区下山手通〇丁目〇番202

H31（様式2）　　受験番号：

# 履　歴　書

平成　30年　10月　1日現在

| 写真 貼付<br>4.0cm×3.0cm<br>・写真裏面に記名<br>※写真は３カ月以内のもの | フリガナ | ヒョウゴ　　ハナミ | 女 |
|---|---|---|---|
| | 氏　名 | 兵庫　花美 | 印 |
| | 生年月日 | （西暦）1976年　12月　30日生　（満　41歳） | |

| フリガナ | ヒョウゴケン　コウベシチュウオウク　シモヤマテチョウ<br>〇チョウメ〇バンヤマテマンション201 | 自宅電話番号<br>(078)　90〇〇－1234<br>携帯番号<br>(090)　39〇〇－9363 |
|---|---|---|
| 現住所 | 〒650-0011<br>兵庫県神戸市中央区下山手通〇丁目〇番<br>山手マンション201 | |
| フリガナ | 〇〇ホウジン〇〇カイ〇〇ビョウイン | 施設概要<br>【病床数】500床<br>【看護体制】7対1 |
| 所　属<br>施設名 | 〇〇法人〇〇会□□病院<br>所属機関は正式名称を記載する。<br>現在、勤務していない場合は、離職中と記入する。 | |
| 所属施設<br>住　　所 | 〒650-0011<br>兵庫県神戸市中央区野字菊〇丁目〇番地<br>西暦になおす | TEL<br>(078)　77〇〇－77〇〇<br>所属病棟・内線番号<br>(整形外科病棟　内線1230)<br>FAX<br>(078)　33〇〇－33〇〇 |
| 看護師免許取得年月日 | （西暦）1997年　5月　30日 | 123456号 |

学　　歴（高校卒業時から記入）

| | |
|---|---|
| （西暦）<br>1994年　3月 | 兵庫県山手通高校　卒業 |
| 1994年　4月 | 兵庫県山手通看護専門学校入学 |
| 1997年　3月 | 兵庫県山手通看護専門学校卒業 |
| 年　月 | 学歴は高校卒業からとし、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入する。<br>進学課程を卒業している場合は、准看護学校も明記する。<br>学歴欄に職歴、取得資格等を書かないこと。 |
| 年　月 | |
| 年　月 | |
| 年　月 | |
| 年　月 | |

H31（様式 3）

受験番号：

氏名：　兵庫　花美

# 実務研修報告書

## 1. 実務研修施設歴

※受験者の**看護職歴**を全て記載する。准看護師の就労期間は記載しない。
※うち認定看護分野と認定看護分野外（小児科、産科など）は分けて記載する。
※認定分野の所属部署名には、認知症看護分野歴（脳神経外科病棟、消化器内科病棟、認知症治療病棟など）が分かるように記載する。
※非常勤の場合は、〇印を入れる。
※平成 30 年 10 月末日現在まで記載する。

| （西暦）年 | 月 | ～ | （西暦）年 | 月 | 実務研修期間(月数) ①認定看護分野外 | 実務研修期間(月数) ②認定看護分野 | 所属施設名 / 所属部署名 | 職位 | 非常勤〇印 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1997 | 4 | ～ | 1999 | 3 | 24 ヶ月 | | ○○大学医学部附属病院 / 小児科病棟 | スタッフ | |
| 1999 | 4 | ～ | 2000 | 4 | 13 カ月 | | ○○産科クリニック / 産科病棟 | スタッフ | |
| 2000 | 5 | ～ | 2001 | 4 | 6 ヶ月 | | ○○産婦人科クリニック / 外来 | スタッフ | ○ |
| 2001 | 8 | ～ | 2007 | 3 | | 68 ヶ月 | ○○法人○○会□□病院 / 脳神経内科病棟 | スタッフ | |
| 2007 | 4 | ～ | 2013 | 3 | | 72 カ月 | ○○法人○○会□□病院 / 整形外科病棟 | 主任 | |
| 2013 | 4 | ～ | 2018 | 10 | | 67 ヶ月 | ○○法人○○会□□病院 / 地域包括ケア病棟 | 副師長 | |
| | | ～ | | | | | | | |
| | | ～ | | | | | | | |
| | | ～ | | | | | | | |
| | | ～ | | | | | | | |
| 合計 | | | | | ①43 カ月 | ②207 カ月 | ①+②=250 か月 | | |

2018 年（平成 30 年）10 月末日時点での期間を記入すること。

・看護実務研修期間を記載し、連続で 6 か月以上の研修、進学、産休・育休及び病気療養等での休職、教育職、看護実践のない企業などの在職期間は含めない。

・勤務形態が非常勤の場合、150 時間の勤務時間を実務研修　1 か月として換算し、勤務月数を割り出す。
「150 時間」＝「7.5 時間(実質勤務時間)×20 日」
＊例えば、1 年間、月 10 回、7.5 時間勤務した場合は、「6 ヶ月」となる
・スタッフナース（スタッフ）以外は、院内の規定にある正式な職位を記入すること

※勤務形態が常勤であっても、時間短縮の勤務形態をとっている場合
実質の勤務時間をもって、上記の「勤務形態が非常勤の場合…」で計算する。

36 ヶ月以上

60 ヶ月以上

受験番号：

## 2. 実務研修実績の概要

氏名：　兵庫　花美

※様式３の１に記した認定看護分野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、あなたが継続的・中心的に患者に関わった事例とする

通算(　100　)例

## 3. 実務研修施設の概要

※最低３年間の認定看護分野における**施設の実績**について記載する。
**施設が複数の場合（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が３年に満たない場合）、施設ごとに実績を記載する。**（様式をコピーして記載する）

| | | |
|---|---|---|
| 1) | 施設名：○○法人○○会□□病院 | |
| 2) | 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） | 1. 認知症患者：300 例／年 |
| 3) | 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)<br>2. 精神科身体合併症管理加算　有　・　(無)<br>3. 退院調整加算　有　・　(無)<br>4. 退院時共同指導料２　有　・　(無)<br>5. 精神科リエゾンチーム加算　有　・　(無)<br>6. 認知症ケア加算（1, (2)）　(有)　・　無<br>7. その他（　　）有　・　(無) |
| 4) | 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)<br>2. 認知症専門病棟　有　・　(無) |
| 5) | 認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称<br>※0 名の場合は、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の職位を記載する　⇒記入例）教育担当師長、主任など。あるいは施設外の認定看護師・専門看護師からの指導があった場合はその資格名を記載する。 | 1. 認知症看護認定看護師　有（　名）(無)<br>2. 老人看護専門看護師　有（　名）(無)<br>3. いずれも無の場合は実務研修指導者を記載<br>病棟師長<br>必ず記載する |

## 4. 学会および研修会等の業績

実績がなければ、「なし」と記載する

認定看護分野歴における実績（開催年月、研修名、学会名など）
4-1）主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）
例）2015 年 9 月　兵庫県主催　認知症高齢者対策研修　受講
　　2016 年 5 月　第○回○○看護学会　認知症看護セミナー　受講
　　2017 年 5 月　日本認知症ケア学会大会　参加

4-2）看護研究業績　（学会および研究会等への発表・学術誌投稿業績など）
例）研究発表の場合
　　筆頭著者名　（他○名），演題，発表学術集会名，発表年月日．の順に記載
　　○山○子　（他２名），認知症患者の△△△△△，第○回日本××学術集会，2014．7 月

例）論文投稿や雑誌などへの執筆の場合
　　筆頭著者名（他○名），タイトル，雑誌名，巻（号），ページ，発行年．の順に記載
　　○藤○男（他５名），認知症患者への△△△△△，　日本××学会誌，10（7），29-40，2013 年.

受験番号：

氏名：　兵庫　花美

## 5. 志 望 理 由

文字数は 700 字以内とする。（文字サイズは 10.5pt）

H31（様式 4）　　受験番号：

# 勤務証明書

様式 4 は、自筆でも PC 入力でもよい

記入日　平成 30 年 10 月 15 日

申請者氏名：兵庫　花美

○上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務 している／したことを証明します。

| | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
|---|---|---|---|---|
| 常勤勤務期間 | (西暦)<br>2001 年 8 月 から | (西暦)<br>2018 年 10 月 迄 | 年<br>か月 | 17 年<br>3 か月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間<br>勤務形態が非常勤の場合、150 時間の勤務時間を実務研修 1 カ月として換算<br>年　月 から | 年　月 迄 | 休職期間<br>か月 | 通算非常勤勤務期間<br>年<br>か月 |
| 合計通算年数<br>休職している場合は休職期間をひいて合計通算年数を出す。 | | | | 17 年<br>3 か月 |

【必須記載事項：①所属部署の科名、②認知症者の占める割合（認定看護分野の場合）、③実務年数】

・脳神経内科病棟（認知症者 30%を占める）5 年 8 か月

・整形外科病棟（認知症者 20%を占める）6 年

・地域包括ケア病棟（認知症者を 50%占める）5 年 7 か月

・ 現在の職場（勤務証明書）で、看護実務経験を通算 5 年以上満たし、および認定看護分野の看護実績を通算 3 年以上満たす場合はその職場だけの証明だけでよい。満たさない場合はその前の職場の証明も必要。

機関（施設）名：○○法人○○会□□病院

職位名＊：看護部長

氏　名　：花咲　桜子　印

機関（施設）所在地：兵庫県神戸市中央区野字菊○丁目○番地

TEL：(078)　77○○－77○○

＊病院長あるいは看護部長が発行すること。

H31（様式 5）

受験番号：

氏名：　兵庫　　花美

・これまでの看護実践で関わった 5 例について、必要事項を記入する。
・【事例 1】はアセスメントや根拠など思考過程を明らかにし、看護上の問題とその結果、評価を用紙 2 枚に詳細に記入する。枚数が増えることは不可。　文字サイズ 10.5pt 以上とする。

# 認知症看護　事例要約

【事例１】

Ⅰ．事例紹介

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名： | 年齢： | 性別： | 職業： |
| ［現疾患・治療の概要］ | 受持ち期間：<br>［家族構成］<br><br>［キーパーソン］ | | |
| ［生活歴］ | ［本人の病状認識］<br><br>［家族の病状認識・今後の介護の方向性］ | | |

Ⅱ．看護過程

| |
|---|
| ［アセスメント］ |

H31（様式 5）

受験番号：

氏名：　兵庫　花美

［看護上の問題］

［看護目標］

［看護計画］

［結果］

［評価］

H31（様式 5）

受験番号：

氏名：　兵庫　花美

【事例 2】　**【事例 2】から【事例 5】を 1 枚にまとめる。枠のサイズや様式の変更は不可。文字サイズは 10.5 以上とする。**

| |
|---|
| 【患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）】 |
| 【看護の要約】 |

【事例 3】

| |
|---|
| 【患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）】 |
| 【看護の要約】 |

【事例 4】

| |
|---|
| 【患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）】 |
| 【看護の要約】 |

【事例 5】

| |
|---|
| 【患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）】 |
| 【看護の要約】 |

H31（様式 6）

受験番号：

平成 31 年度　兵庫県看護協会
認定看護師教育課程

## 受験票 A

| 受験番号 | |
|---|---|

フリガナ　ヒョウゴ　ハナミ

氏名
兵庫　花美

認知症看護認定看護師教育課程

所属施設

施設名
○○法人○○会□□病院

所在地（都道府県のみ）
兵庫県

写真 貼付
4.0cm×3.0cm

・写真裏面に記名
※写真は 3 カ月以内のもの

※この受験票は、試験当日に必ず携帯すること

平成 31 年度　兵庫県看護協会
認定看護師教育課程

## 受験票 B

| 受験番号 | |
|---|---|

フリガナ　ヒョウゴ　ハナミ

氏名
兵庫　花美

認知症看護認定看護師教育課程

所属施設

施設名
○○法人○○会□□病院

所在地（都道府県のみ）
兵庫県

写真 貼付
4.0cm×3.0cm

・写真裏面に記名
※写真は 3 カ月以内のもの

H31（様式 7）

**入学検定料 銀行振込控え貼付票**

振込の控え(コピー可)をここに貼付

受験番号：

氏名：　兵庫　花美

平成 31 年度

# 兵庫県看護協会　認知症看護認定看護師教育課程　申請書類一式　確認リスト

| | 申請書類様式 | 確認項目（□にチェックを入れること） | 事務使用欄 |
|---|---|---|---|
| 様式 1 | 入学願書 | ☑記載漏れがないか | |
| 様式 2 | 履歴書 | ☑記載漏れがないか<br>☑学歴の記入に誤りがないか | |
| 様式 3 | 実務研修報告書<br>1. 実務研修施設歴<br>2. 実務研修実績の概要<br>3. 実務研修施設の概要<br>4. 学会および研修会等の業績<br>5. 志願理由 | ☑実務研修期間の計算に誤りがないか<br>☑2.実務研修実績の事例数の概算が記入されているか<br>☑3. 実務研修施設の概要」は、3 年の認定看護分野の実務研修歴が施設ごとに記載がされているか<br>☑志望理由の記載があるか | |
| 様式 4 | 勤務証明書 | ☑免許取得後、通算 5 年以上の勤務実績の証明があるか<br>☑認定看護分野での 3 年間以上の勤務実績の証明があるか<br>☑実務研修施設歴（様式 3-1）と整合性があるか | |
| 様式 5 | 認知症看護　事例要約 | ☑【事例 1】が 2 枚以内、【事例 2～5】が 1 枚以内になっているか | |
| 様式 6 | 受験票 | ☑写真の貼付があるか | |
| 様式 7 | 入学検定料振込控え貼付票 | ☑銀行振込の控え（コピー可）が貼付されているか | |
| | 看護師免許証の写し | ☑A4 に縮小コピーされているか<br>☑出願書類の氏名と一致しているか（旧字体、姓名の変更など） | |
| | 受験票郵送用封筒 | ☑封筒サイズ、切手の金額、宛先に不備がないか | |
| | 申請書類一式　確認リスト | ☑全ての申請書類に不備がないか | |

※書類不備及び受験要件を満たさない場合には、受験ができません。リストに沿って確認し、申請書類とともに提出してください。