令和８年度

公益社団法人　兵庫県看護協会

認知症看護認定看護師教育課程（Ｂ課程）

入講審査出願申請書類一式

１．出願申請書類

(1)　様式１　入講願書
(2)　様式２　履歴書
(3)　様式３　実務研修報告書　1～5
(4)　様式４　勤務証明書
(5)　様式５　推薦書（任意）
(6)　様式６　認知症看護 事例要約
(7)　様式７　審査票
(8)　様式８　入講審査料銀行振込控え貼付票
(9)　看護師免許証の写し（A4 縮小コピー）
(10)　レターパックライト（青）　１通（氏名・住所明記）
(11)　履修免除申請書（該当者のみ）
(12)　出願申請書類一式確認リスト

「出願申請書類　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ません。

２．出願申請書類の提出方法

品名の欄に「入講審査申請書類」と朱書きし、**レターパックプラス（赤）**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
認知症看護認定看護師教育課程（B 課程）　入講審査担当

３．出願受付期間

令和 7 年 8 月 25 日（月）～ 9 月 19 日（金）　消印有効

出願申請書類の記入要領

- ◆ 様式４、５のみ手書き可
- ◆ 指示がある様式以外、枠のサイズを変えたり様式の変更はしない。
- ◆ **年号はすべて西暦で記入する。**
- ◆ 「審査番号」は記入不要。

様式	出願申請書類	記入方法と注意事項
1	入講願書	・氏名は、看護師免許証と同じ字体とする。
2	履歴書	・所属施設は正式名称を記入、現在勤務していない場合は離職中と記入する。 ・学歴欄に、職歴、取得免許等は記入しない。
3	実務研修報告書	**「1. 実務研修施設歴」** ・看護師の免許取得後から **2025 年 8 月末日現在**までの看護職歴全てを記入する。 ・准看護師の就労期間は記入しない。 ・非常勤の場合、150 時間の勤務時間を 1 か月分として換算し、月数を割り出す。 ・実務研修機関は、連続 6 か月以上の研修、進学、産休・育休及び病欠などの休職、教育職、看護実績のない企業などの在職期間は含めない。 ・実務研修期間と様式 4 の勤務証明書の証明期間は同じである。 **「2. 実務研修施設の概要」** ・最低 **3 年間**の認知症認定看護分野における施設の実績について記入する。
4	勤 務 証明書	・施設長あるいは看護部の長相当の職位の者が作成する。 ・看護実績通算 **5 年**以上、認知症看護分野の看護実績通算 **3 年**以上の勤務証明が必要。現在の職場で必要期間の証明が満たさない場合は、以前の職場の証明が必要。 ・認知症看護分野の勤務証明の場合は、認知症者の占める割合の記入が必要。
5	推薦書	・所属施設がある場合、看護部長および看護部長相当の職位の者が作成する。 ・推薦書提出の有無に関わらず、入講審査を受けることができる。
6	認知症看護事例要約	・認知症看護分野におけるこれまでの自分の看護実践 5 事例について記入する。 ※事例は、認知症の診断のない認知機能低下がみられる事例でもよい。 ・【事例 1】2 枚にまとめる。 ・【事例 2～5】主な看護実践内容が重複しないことが望ましい。
7	審査票	・氏名、所属施設等、必要事項を記入し写真を貼付する。
8	入講審査料 銀行振込控え 貼付票	・振込の控え（コピー可）を貼付する。
	看護師免許証の写し	**・白黒可、A4 判に縮小コピーする。** ・改姓し免許証と姓が異なる場合は、改姓を証明できるもの（運転免許証、健康保険証等）のコピーを添付する。免許証裏面に変更内容の記載がある場合、両面提出。
	レターパックライト（青） 1 通	・**レターパックライト（青）の宛先に、**審査票送付先の住所・氏名を明記する。
	履修免除 申請書	・特定行為研修修了者（見込み）で履修免除を希望する者は提出する。

(様式1)

審査番号：＿＿＿＿＿＿

入　講　願　書

兵庫県看護協会会長 様

私は、兵庫県看護協会　認知症看護認定看護師教育課程（B課程）へ入講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　2025年　8月　1日

ふりがな　ひょうご　はなこ

氏　名　兵庫　花子

生年月日　（西暦）1990年　●月　■日

現住所　兵庫県神戸市中央区下山手通〇丁目〇番202

（様式2）　　審査番号：

履　歴　書

西暦　2025年　●月　● 日 現在

写真 貼付 4.0cm×3.0cm 写真裏面に記名 出願３か月以内 正面より撮影	ふりがな	ひょうご　はなこ
	氏　名	兵庫　花子
	生年月日	（西暦）1990年　● 月　■ 日 生　（満　●●歳）

現住所	〒651-0011 兵庫県神戸市中央区下山手通〇丁目〇番202 日中に連絡が取れる 自宅・携帯電話番号　（ 090 ） 100 — 2000	
ふりがな		職位
所属施設名	例）●●法人 ■■会 ▲▲病院 ●●大学医学部附属病院 地方独立行政法人●●病院機構 ■■医療センター	主任
所属施設	・所属施設名は正式名称を記入する。 ・現在勤務していない場合は、「離職中」と記入する。 ・電話番号の間違いがないように記入する。 ・職位は所属先の正式な職位名を記載する。	TEL （ 123 ） 56－ 7890 所属病棟もしくは内線番号 （　　）
看護師免許 取得年月日	（西暦）　2012年　4月　1日	免許番号 1234567　号

学　歴（高校卒業時から記入・准看護学校も含む）	
（西暦） 2008年　3月	兵庫県立××高等学校　卒業
2008年　4月	兵庫県立△△看護大学　看護学部入学
2012年　3月	兵庫県立△△看護大学　看護学部卒業
年　月	
年　月	・高校卒業から記入する ・学校名は、学科・課程を含め正式名称を記入する。 ・職歴、取得資格は記入しない。
年　月	
年　月	
年　月	
年　月	
年　月	
年　月	

（様式３）

審査番号：

氏名：兵庫　花子

実務研修報告書

1. 実務研修施設歴　※看護職歴を全て記入する。　欄が足りない場合はこのページをコピーする。

１－１）全看護分野歴

実務研修期間（西暦で記入）	所属施設・所属部署名
2012 年　4 月　～　2016　年　3 月 （　48 か月間）	所属施設：●●大学医学部附属病院 所属部署名：内科病棟
2016 年　4 月　～　2017　年　5 月 （　14 か月間）	所属施設：●●大学医学部附属病院 所属部署名：小児科病棟
2017 年　6 月　～　2023 年　5 月 （　72 か月間）	所属施設：●●大学医学部附属病院 所属部署名：脳神経外科病棟
2023 年　6 月　～　2025 年　8 月 （　27 か月間）	所属施設：●●大学医学部附属病院 所属部署名：泌尿器外科病棟
年　月 か月間）	所属施設： 所属部署名：
年　月　～　年　月 （　か月間）	所属施設： 所属部署名：
合　計	161 か月間

月数を記載する
年にしない

１－２）うち認知症看護分野歴　所属部署名には、認知症看護分野歴（例；外科病棟）が分かるように記入する。

実務研修期間（西暦で記入）	所属施設・所属部署名
2012 年　4 月　～　2016　年　3 月 （　48 か月間）	所属施設：●●大学医学部附属病院 所属部署名：内科病棟
2017 年　6 月　～　2023 年　5 月 （　72 か月間）	所属施設：●●大学医学部附属病 所属部署名：脳神経外科病棟
2023 年　6 月　～　2025 年　8 月 （　27 か月間）	所属施設：●●大学医学部附属病院 所属部署名：泌尿器外科病棟
年　月　～ （	
年　月　～ （　か月間）	所属施設： 所属部署名：
合　計	147 か月間

所属病棟名は、５階西病棟などと科が分からない記載はしない
内科・消化器外科混合等、科が分かるように記載する

１－１）の全看護分野から認知症看護分野歴を選択して記載する。

審査番号：

(様式3)

氏名：　兵庫　花子

2. 実務研修実績の概要

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継続的・中心的に担当した事例数（概算）	**通算** （　30　）**例**

3. 実務研修施設の概要

※最低**3**年間の認知症看護分野における施設の実績について記入する。

現在勤務している施設にて認知症看護分野歴が3年に満たない場合、施設ごとに実績を記入する。

（様式をコピーし、申請者が作成する）

1)	施設名：●●大学医学部附属病院	
2)	認知症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）	**600 例／年**
3)	認知症看護分野における診療報酬 （認知症ケア加算等）	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（1. 2. 3）　有・無 7. せん妄ハイリスク患者ケア加算　有・無
4)	認知症看護分野に関する専門部門の有無と名称 （部署・外来・病棟など）	1. 認知症専門外来　有・無 2. 認知症専門病棟　有・無
5)	認知症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** ※上記がいない場合、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**を記入する。	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 3. いずれも無の場合　（職位：　病棟師長　）

審査番号：

（様式3）

氏名　　兵庫　花子

4. 学会および研修会等の業績

認知症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）20XX年 看護職員認知症対応力向上研修
　　20XX年 高齢者を支えるケア
　　20XX年 令和●年度 看護実践研究会
　　20XX年 第●回　認知症ケア学会大会

実績がなければ「なし」と記入

4-2）看護研究業績　（学会等への発表・学術誌投稿業績など）

例）　20XX年 令和●年度 看護実践研究会　口頭発表
　　20XX年 第●回　認知症ケア学会大会 ポスター発表

5. 志 望 動 機（文字数　700字以内、文字サイズ10.5）

文字数、フォントは変えない

審査番号：

（様式 4）

勤務証明書

記入日　西暦　2025 年　●月　● 日

申請者氏名：　兵庫　花子

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（見込み）／した　ことを証明します。

常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 2012 年　4 月 から	(西暦) 2025 年　8 月　迄	年　か月	13 年　5 か月
非常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期間
	(西暦) 年　月 から	(西暦) 年　月　迄	年　か月	年　か月
	※勤務非常勤、時短の場合、150 時間の勤務時間を 1 か月分として換算し、勤務月数を割り出す。			
合計通算年数				13 年　5 か月

2025 年 8 月末現在
（手書き可）

【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】

①内科病棟　②認知症者の占める割合 60%　③4 年

①脳神経外科病棟 ②認知症者の占める割合 70%　③6 年

①泌尿器外科病棟 ②認知症者の占める割合 70%　③3 年 5 か月

・施設に依頼する場合は見本も一緒に提示する。
・施設長あるいは看護部の長相当の職位の者が発行すること。
・勤務していた施設が複数の場合、必要枚数をコピーする。

機関（施設）名：●●大学医学部附属病院
職位名　：　理事長・病院長
氏　名　：　神戸　菊蔵　印

機関（施設）所在地：兵庫県神戸市中央区中山手通〇丁目〇番地
TEL：（　078　）　222－1111

＊施設長あるいは看護部の長相当の職位の者が発行すること。
＊勤務していた施設が複数の場合、必要枚数をコピーする。

審査番号：

（様式 5）

推　薦　書

氏名　　兵庫　花子

上記の者は、認知症看護認定看護師教育課程（Ｂ課程）の受講者として、専門教育を受ける要件を充たしていると判断し、推薦いたします。

【推薦理由】

・看護部長相当の方が記載する。

・提出は任意

・手書き可能

西暦　　年　　月　　日

所属名

職　位

氏　名（自署）

（手書き可）

審査番号：

（様式 6）

氏名：　兵庫　花子

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］	［家族構成］ ［キーパーソン］		
［生活歴］	［本人の病状認識］ ［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］

・継続的・中心的に関わった５事例を記入する
・認知症の病名がついていなくても、認知機能の低下がみられる対象でよい
・事例１は、指定の項目に沿って、詳細を記入する

（様式 6）

審査番号：

氏名：　兵庫　花子

［看護上の問題］
［看護目標］
［看護計画］
［結果］
［評価］

（様式 6）

審査番号：

氏名：　兵庫　花子

【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 2～5 は要約して記入する
・枠のサイズや様式、文字サイズの変更はしない

【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】

（様式 7）

審査番号：

令和８年　兵庫県看護協会

認知症看護認定看護師教育課程（Ｂ課程）

審査票Ａ

審査番号	

ふりがな　ひょうご　はなこ

氏名

兵庫　花子

所属施設	写真 貼付 4.0cm×3.0cm 写真裏面に記名 3 か月以内 正面から撮影 のもの
施設名 ●●大学医学部附属病院	
所在地（都道府県） 兵庫県	

※この審査票は、審査当日に必ず携帯すること

令和８年　兵庫県看護協会

認知症看護認定看護師教育課程（Ｂ課程）

審査票Ｂ

審査番号	

ふりがな　ひょうご　はなこ

氏名

兵庫　花子

所属施設	写真 貼付 4.0cm×3.0cm 写真裏面に記名 3 か月以内 正面から撮影 のもの
施設名 ●●大学医学部附属病院	
所在地（都道府県） 兵庫県	

（様式 8）

入講審査料 銀行振込控え貼付票

審査番号

振込の控え(コピー可)をここに貼付

審査番号：

履修免除申請書

公益社団法人　兵庫県看護協会

会長　様

氏名　　印

兵庫県看護協会　認知症看護認定看護師教育課程の入講審査において合格が決定した際は、下記科目の履修免除を希望するため、修了証の写しを添えて申請します。

記

科目名	修了（見込み）年月日
共通科目	年　月　日
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ☐ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 ☐ 脱水症状に対する輸液による補正 ※修了（見込み）の特定行為に☑をすること	年　月　日
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 ☐ 抗けいれん剤の臨時の投与 ☐ 抗精神病薬の臨時の投与 ☐ 抗不安薬の臨時の投与 ※修了（見込み）の特定行為に☑をすること	年　月　日

添付書類　　指定研修機関において発行された特定行為研修修了証（見込み）写し

※「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」を含む領域別パッケージ研修においては、特定行為研修修了証に修了した特定行為の記載がない場合には別途、指定研修機関において発行された履修証明書を添付すること

※該当者のみ提出すること

審査番号：

氏名：

出願申請書類一式　確認リスト

様式	出願申請書類	確認項目（□にチェックを入れること）	事務使用欄
1	入講願書	□名前、住所等の記入漏れがない	
2	履歴書	□学歴欄に職歴の記入がない □写真の貼付がある（写真の裏に名前の記載がある）	
3	実務研修報告書 1.　実務研修施設歴 2.　実務研修実績の概要 3.　実務研修施設の概要 4.　学会および研修会等の業績 5.　志望動機	□実務研修期間は月数で記載し、計算に誤りがない □実務研修実績の事例数に概算の記入がある □「実務研修施設の概要」は、3 年の認知症看護分野の実務研修歴が施設ごとに記入されている □実務研修期間と様式 4 の勤務証明書の証明期間が合っている	
4	勤務証明書	□看護師免許取得後、**通算 5 年以上の勤務実績の証明**がある □**認知症看護分野で 3 年間以上の勤務実績の証明**がある □認知症看護分野の勤務証明の場合、認知症者の占める割合の記載がある □様式 3 の実務研修施設歴と勤務証明書の期間が同じである	
5	推薦書　（任意）	□看護部長および看護部長相当の職位の者が作成している	
6	認知症看護事例要約	□【事例 1】2 枚以内、【事例 2～5】1 枚以内になっている	
7	審査票	□写真の貼付がある（写真の裏に名前の記入がある） □名前や施設名の記載がある	
8	入講審査料銀行振込控え貼付票	□銀行振込の控え（コピー可）を貼付している。	
	看護師免許証の写し	□A4 に縮小コピーしている（白黒可） □出願申請書類の氏名と一致している	
	レターパックライト（青）	□審査票郵送宛先の記入がある □2 つ折りまたは折りたたんでも可能	
	履修免除申請書（該当者のみ）	□該当者のみ作成している □添付書類がある 指定研修機関において発行された特定行為研修修了証（見込み）写し	
	用紙入力	□パソコン入力している（勤務証明書と推薦書は除く）	

※出願申請書類一式　確認リストは、出願申請書類とともに提出してください。