2014(2次)：様式１

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 選抜種別 | 一般　・推薦 |  | 受験番号 | ※記入しない |

入　学　願　書

日本赤十字秋田看護大学

卒後教育開発センター長　　殿

　私は，日本赤十字秋田看護大学　卒後教育開発センター　認定看護師教育課程

認知症看護認定看護師コースに入学したく，関係書類を添えて出願します。

（西暦）

　　　　　　　　(提出日)　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名  (自署) | （フリガナ）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | （西　暦）  　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日生 |
| 現住所 | 〒 |
| （都道府県） |
| （市郡）　　　　　　　　　　　　　　　　　（町村） |
|  |
| （アパート・マンション名）  （号室番号） |
| 電　話 |  |

2014(2次)：様式２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | 受験番号 | | | ※記入しない | |
| 履　　歴　　書 | | | | | | | | | |
| １　出願者 | | | | | | | | |  |
| 氏名 | (フリガナ) | | | | | 男　・　女 | | | 写真　貼付  （3.0cm×2.4cm）  写真裏面に  ①氏名  ②生年月日  を記入すること。 |
|  | | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　　歳） | | | | | | | |
| 現住所 | (フリガナ) | | | | | | | | |
| 〒  電話　　　　　－　　　　－　　　　　　携帯　　　　－　　　　－ | | | | | | | | |
| ２　所属機関等 | | | | | | |  | | |
| 名称  (法人名から  詳細に) | |  | | | | | （施設概要）  病床数（　　　　床）  看護体制（　　　対１） | | |
|  | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | （電話番号）  　　　　－　　　　－  （所属病棟または内線番号） | | |
| ３　免許取得 | | | | | | | | | |
| （西暦）　　　　　　年　　　月　取得　　　　免許番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ４　学歴（高等学校卒業時から）および職歴（職名も記入すること） | | | | | | | | | |
| 年　　　月～  　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月～  　　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月～  　　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月～  　　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月～  　　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月～  　　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月～  　　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月～  　　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |

2014(2次)：様式３

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受験番号 | ※記入しない |

勤　務　証　明　書

出願者氏名：

１　勤務期間

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務期間 | 勤務期間  （自）　　　　　　　（至） | | | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （西暦）  年　　　月 | （西暦）  　　　年　　　月 | | 年　　　ヶ月 | 年　　　ヶ月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間  （自）　　　　　　　（至） | | | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （西暦）  年　　　月 | | （西暦）  　　　年　　　月 | 年　　　ヶ月 | 年　　　ヶ月 |
| 合計通算勤務期間 | | | | | 年　　　ヶ月 |

２　所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　上記出願者の勤務実績等は上記のとおりであることを証明する。

（書類作成日）（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

機関(施設)名称　　：

職位・氏名　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

機関(施設)所在地　：

電　話　　　　　　：

日本赤十字秋田看護大学　卒後教育開発センター長　殿

2014(2次)：様式４

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受験番号 | ※記入しない |

実　務　研　修　報　告　書

認知症看護認定看護師コース

１　実務研修施設歴（※出願者の経歴を記載してください。）

１－１　全実務研修期間および実務研修施設名

|  |  |
| --- | --- |
| （西暦）　　年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 合　　計 | ヶ月間（　　　　年　　　ヶ月）※2013年９月末現在 |

１－２　上記１－１のうち，認知症看護分野歴

|  |  |
| --- | --- |
| （西暦）　　年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 認知症看護分野歴合計 | ヶ月間（　　　　年　　　ヶ月）※2013年９月末現在 |

様式４－１Ｐ

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記入しない |

2014(2次)：様式４

２　実務研修の実績　概要（※出願者の例歴を記載してください。）

　　前記１－２認知症看護分野歴で記入した機関において認知症患者の看護を担当した事例数（概算）

　　　　　　通算　　　　　　　　例

３　認知症看護分野歴における実務研修施設　概要

　　　最低３年間の認知症看護分野歴における施設の実績について記入してください。

　　　施設が複数の場合，施設毎に実績を記入する（本様式を複写して記入する。）

　認知症看護分野における実績：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| ３－１　認知症看護分野における患者の年間症例数 | 例／年 |
| ３－２　認知症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 |
| ３－３　認知症看護分野に関する専門外来の有無 | 有　・　無 |
| ３－４　認知症看護分野の認定看護しおよび認知症看護分野に関連する専門看護師の分野と人数  ※　上記該当者がない場合のみ，出願者自身が認知症看護分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入する。 | （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）いずれも無しの場合  　　実務研修指導者：  （例）教育担当師長，認知症看護分野における経験５年以上を有する者。 |

**３－４の※**については，認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが，ない場合には部署の師長あるいは主任等で分野の経験が５年以上ある者から指導を受けたことを記入するか，あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。

４　学会および研修会等の業績

|  |
| --- |
| 認知症認定看護分野歴における研修の実績  ４－１　主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）  ４－２　看護研究業績（学会および研究会等への発表・学術誌投稿業績など）  ４－３　その他（社会的活動：例　地域サポーター，キャラバン・メイト等） |

様式４－２Ｐ

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記入しない |

2014(2次)：様式４

５　志　望　理　由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

様式４－３Ｐ

2014(2次):様式５

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受験番号 | ※記入しない |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 氏名 |  |

認知症看護　事例実績証明・要約

Ⅰ　事例紹介

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名： | 年齢： | 性別： | 職業： |
| 〔現疾患・治療の概要（発症から受け持つまで）〕 | 受持ち（関わった）期間：　約　　　　　　　日間 | | |
| 〔家族構成〕  〔キーパーソン〕 | | |
| 〔生活歴〕 | 〔本人の症状認識〕  〔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〕 | 〔看護問題〕 |
| ※　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事例であること。  ※　記入は個人情報保護を遵守し，すべての固有名詞は使用せず，年齢は実年齢を避け「８０代」などの表現とすること。 | |

様式５－１Ｐ

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記入しない |

2014(2次):様式５

|  |  |
| --- | --- |
| 〔看護目標〕 | |
| 〔看護計画〕 | 〔結果〕 |
| 〔評価〕 | |

様式５－２Ｐ

2014(2次)：様式７

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２０１４年度　認定看護師教育課程　入学者選抜試験（推薦） | 受験番号 | ※記入しない |

推　　薦　　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 出願者  氏名 | （フリガナ） | | | 性　別 |
|  | | | 男　　女 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　月　　日（　　　歳） | 志願コース | 認知症看護認定看護師コース | |
| 上記の者を，次の理由により責任を持って推薦します。 | | | | |
| ○本人の人柄及び特徴 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ○認定看護師としての適性・将来性など　その他特記すべき事項 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| （西暦）　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者職名  　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者名   日本赤十字秋田看護大学卒後教育開発センター長　殿 | | | | |

2014(2次)：様式８

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受験番号 | ※記入しない |

受験及び就学承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出願者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　（西暦）　　　　年　　　月　　　日生

　上記の者が，２０１４年度日本赤十字秋田看護大学　卒後教育開発センター　認定看護師教育課程　認知症看護認定看護師コースの入学試験を受験することを承諾します。

　なお，本人が本課程に入学した場合は，在職のまま就学することを承諾します。

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

機関(施設)名称　　：

職位・氏名　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

日本赤十字秋田看護大学　卒後教育開発センター長　殿