

提出書類（所定様式）の記入にあたって

- ◆ 過不足なくご記入ください。記載不十分の場合は受験をお断りいたします。
- ◆ 枠内のスペースにおさまるようご記入ください。
- ◆ 年号はすべて西暦表記となります。
- ◆ 複数枚必要な用紙はコピーしてお使いください。
- ◆ 各書式の*受験番号欄には、何も記載しないでください。

様式	申請書類	記入方法と注意事項
1	受講願書 *ダウンロード可	・ 氏名は自署で記入する。
2	履歴書 *ダウンロード可	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訂正する場合は、線を引き訂正印を押す。 ・ 所属機関は正式名称を記載する。 ・ 現在、勤務していない場合は離職中と記入する。 ・ 学歴欄には、学歴のみを記入する。 ・ 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。進学課程を卒業している場合は、准看護学校も明記する。
3	実務研修報告書 *ダウンロード可	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実務研修施設は、受験者の経歴として看護師免許取得日から常勤・非常勤での就業(教育職を含める)すべてを年次順に記入する(職位も明記)。 ・ 2021年10月31日時点で通算5年(60ヶ月)以上の実務研修期間がない者は不可。 ・ 2021年10月31日時点で専門分野の実務研修歴3年以上の記載がない者は不可。 ・ 非常勤の場合は、5400時間以上の実務研修をもって3年以上とみなす。 ・ 専門分野の実務研修に非常勤を含む場合には、実務研修期間記入欄の空白に勤務形態を記載する。【例】1日8時間で週4日 ・ 専門分野の実務研修については、当該分野の認定看護師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、所属部署の師長か主任等で当該分野の経験が5年以上あるものから指導を受けたことを記すか、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す(記入具体例参照)。 ・ 「2-2. 認定看護分野に関連する年間症例数」には、施設(または病棟)において摂食嚥下障害への治療・援助を行った事例数を記す。 ・ 「3. 実務研修の実績概要」欄には、自分が主力となって摂食嚥下障害看護を担当した事例数を記す。
4	勤務証明書 *ダウンロード可	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護部長あるいは所属施設の長の職位のものが作成する。 ・ 現在の職場で通算5年を満たす場合は、その職場の証明だけでよい。満たさない場合は、それ以前の勤務先の証明も必要。 ・ 専門看護分野の経験を中心に、配置された部署の特徴と経験年数を具体的に記入する。 【例】 脳神経内科で3年間、頭頸部外科病棟で4年間 ・ 摂食嚥下障害看護の実績が3年以上あることを証明することが必要。当該分野3年間の実績が複数機関にわたる場合は、それぞれの機関のものを提出する。
5	事例報告書 *ダウンロード可	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所定の様式に従い、パソコンで作成する。 ・ 枠内に収まるよう記入する(記入枠の拡大は可とするが、別紙の追加は不可)。 ・ これまでの実務研修期間中に担当した摂食嚥下障害患者5事例について、患者のプロフィール、病名及び障害状況の概要、実施した援助項目と看護の要約について、簡潔に記載する。
6	写真票、受験票、 受講検定料 振込明細書のコピー *ダウンロード可	<ul style="list-style-type: none"> ・ 写真票・受験票の受験番号欄には、何も記載しない。 ・ 写真票・受験票それぞれに氏名、所属施設、所在地を明記し、4.5 × 3.5cm の写真を貼付する。 ・ 受講検定料の振込を行った際の振込明細書兼受領証のコピーを貼付する。
その他	受験票郵送用封筒	・ 定型(長3) 120 × 235mm、404円切手貼付、住所・氏名を明記し同封する。

受講願書

公益社団法人 愛知県看護協会
認定看護師教育課程長 様

私は、公益社団法人愛知県看護協会で実施される摂食嚥下障害看護
認定看護師教育課程（B 課程）を受講したく、ここに関係書類を添え
て申請いたします。

西暦 年 月 日

ふりがな

現住所 都道府県から記入

(〒 -)

T E L

ふりがな

氏名 (自署)

印

西暦 年 月 日生

必ず自署で記入

※ 受験番号

(職:様式3 見本)

氏 名

実務研修報告書

1. 実務研修期間及び内容 (*募集要項の受験資格 注) 参照)

1) 認定看護分野における看護実務研修期間

年	月	年	月	期間 (月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容		
2001	10	~	2003	3	18	〇〇〇市民病院	外科病棟	非常勤 8時間×4日/週	摂食嚥下障害患者が 30%を占める	
2012	4	~	2021	10	115	〇〇〇市民病院	脳神経外科病棟	主任	摂食嚥下障害患者が 50%を占める	
		~						8時間 × 4日 × 4週 × 18ヶ月 = 2304時間		
		~	実務研修期間は、2021年10月31日までとする							
①合計					115 +2304 時間					

2) 認定看護分野以外での看護実務研修期間

年	月	年	月	期間 (月数)	所属施設名	職位	
1987	4	~	1995	9	102	〇〇法人会△△病院	スタッフナース
2007	4	~	2012	3	60	〇〇〇市民病院	スタッフナース
		~					
		~					
②合計					162		

3) 看護実務研修期間の確認

① (36か月以上)	②	①+② (60か月以上)
115ヶ月+2304時間	162ヶ月	277ヶ月+2304時間

2. 認定看護分野における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)

1)	施設名	〇〇〇市民病院
2)	認定看護分野に関連する年間症例数 (入院・外来を含む延べ人数)	200例 *施設全体の症例数を記す。
3)	認定看護分野に関する施設基準の届出の種類	脳血管疾患リハビリテーション料(I):有 回復期リハビリテーション病棟入院料:無
4)	認定看護分野に関する専門の部門 (部署・外来・病棟等) の有無とその名称	嚥下外来:無、NSTチーム:有、嚥下チーム: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 ※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者を記載 *当該分野の認定又は専門看護師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。 *上記研修経験のない場合には、施設外の認定看護師からの指導が定期的にあった場合はそれを記す、あるいは部署の師長か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す。	摂食・嚥下障害看護認定看護師:無 老人看護専門看護師:無 実務研修指導者:〇〇〇〇 *当該分野の実務研修において主に指導を受けた人(認定看護師名、または教育担当師長、摂食嚥下障害看護分野における経験5年以上を有する主任等名)を具体的に記載する。

3. 実務研修の実績 概要

1)	「認定看護分野における看護実務研修期間」において、認定看護分野に関連する症例を担当した事例数 (通算)	20例 *自分が主体となって摂食嚥下障害看護を担当した事例数を記す。
----	---	---------------------------------------

勤 務 証 明 書

西暦 年 月 日

氏名：

1. 在職期間

上記の者は当機関（施設）において

証明する期間は 2021 年 10 月 31 日まで

西暦 2007 年 4 月より

}

計 15 年 7 ヶ月間

西暦 2021 年 10 月まで

勤務している。

ただし勤務（従業）形態は、**常勤** ・ 非常勤（1日 時間で週 日）である。

* 非常勤「実質勤務時間 150 時間」を 1 か月相当として勤務月数を算出する。

* 非常勤の場合、5400 時間の実務をもって 3 年とみなす。

* 常勤であっても、産休・育休・介護休暇期間は実務年数に含めない。

2. 所属した部署の具体的な特徴・経験年数

* 所属部署の具体的な特徴を書き、そのなかでどのような実務経験が何年あるかを記す。

【例】脳神経外科病棟(摂食嚥下障害患者 50 例/年間)に常勤として 9 年 7 か月間勤務

上記 1、2 に関する内容を証明致します。

機関（施設）名：

所在地：

(TEL)

所属長職名（看護）：**看護部長あるいは所属施設の長が証明すること**

同 氏 名：

印

摂食嚥下障害看護事例報告書

No	患者プロフィール	病名及び障害状況の概要	実施した看護実践
1			
2			
3			
4			
5			

記載枠の大きさを変更してもよいが、必ず、A4一枚に納まるように記載する。

(様式6 見本)

公益社団法人愛知県看護協会
認定看護師教育課程

写真票		※ 受験番号	※何も記載しない
ふりがな			
氏名			
教育 課程	摂食嚥下障害看護		
所属施設		写真貼付 (4.5×3.5cm) 裏面に氏名を記入 し貼付して ください。	
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

公益社団法人愛知県看護協会
認定看護師教育課程

受験票		※ 受験番号	※何も記載しない
ふりがな			
氏名			
教育 課程	摂食嚥下障害看護		
所属施設		写真貼付 (4.5×3.5cm) 裏面に氏名を記入 し貼付して ください。	
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

受講検定料
振込明細書貼付欄
(コピー可)