公益社団法人愛知県看護協会

訪問看護（A 課程）・摂食嚥下障害看護（B 課程）認定看護師教育課程

受　講　試　験　提　出　書　類　一　式

記　入　見　本

様式〇、について記入見本を参照して、記入してください。
　記載内容及び送付書類に不備がある場合は受理できないこともあるため、記入例と記入上の注意をよく読み、記入間違い、記入漏れ、不備がないように十分注意してください。

（様式１）　　※ 受験番号＿＿＿＿＿＿＿＿

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認定看護師教育課程

□訪問看護（Ａ課程）

□摂食嚥下障害看護（Ｂ課程）

「摂食嚥下障害看護認定看護師教育課程」の受験を希望の場合にチェック欄□に☑を入れる

に受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　年　　月　　日

ふりがな

現 住 所　　都道府県から記入

（〒　　－　　）

ＴＥＬ

必ず自署で記入
ふりがなも忘れずに

ふりがな

氏　名（自署）

西暦　　年　　月　　日生

（様式２）

※ 受験番号

履　歴　書

写真貼付 (4.5cm×3.5cm) 写真裏面に記名

（西暦）　　年　　月　　日　現在

ふりがな	
氏　　名	必ず自署で記入すること （自署）
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生　（満　　歳）

ふりがな		TEL 自宅：（　　）　　－ 携帯：　　－　　－ E-mail:
現住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 都道府県から記入	
ふりがな		施設概要 （※該当する施設のみ記載） 【病床数】　×××　床 【看護体制】　〇　対　1
所属機関名	正式名称を記入 〇〇〇‥‥	
ふりがな		
設置主体		
ふりがな		TEL （　　）　　－ 所属部署もしくは内線番号 （　　）
所属機関 住　所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 都道府県から記入	

免許取得年月日	（保健師）　西暦　　年　　月　　日　　号 （助産師）　西暦　　年　　月　　日　　号 （看護師）　西暦×××年　×月　××　日　〇〇〇〇〇〇　号

学歴（高等学校卒業から一般学歴、専門学歴を記入）

（西暦） 年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

・すべて西暦で記入してください。
・ここには職歴を記入しないでください。
・高等学校卒業時から記入してください。

※ 受験番号

（様式３-嚥下）

実務研修報告書

（※実務研修とは、看護実務経験を意味する）

・「実務研修」とは、看護実務経験を意味します。

1. 実務研修施設歴　（※受験者の経歴を記載する）

（西暦で記入）

1-1）　全実務研修期間及び実務研修施設名

(所属施設名、所属部署名、職位：1 看護部長相当 2 副部長または部署の責任者相当 3 主任相当 4 スタッフ 5 その他 いずれかに○印)

年　月～　　年　月 （　　か月間）	所属施設名：○○市立○○病院 所属部署名：内科病棟　　職位：1・2・3・4・5（　　）
年　月～　　年　月 （　　か月間）	所属施設名：○○市立○○病院 所属部署名：脳神経外科 職位：1・2・3・4・5（　　）
年　月～　　年　月 （　　か月間）	所属施設名：○○総合病院 所属部署名：回復期リハビリテーション病棟　　職位：1・2・3・4・5（　　）
年　月～　　年　月 （　　か月間）	所属施設名： 所属部署名：
年　月～　　年　月	所属施設名： 職位：1・2・3・4・5（　　）
	職位：1・2・3・4・5（　　）
	月間（　　年　　か月）※2023 年 10 月 31 日現在
	または部署の責任者相当 3 主任相当 4 スタッフ 5 その他 いずれかに○印)
（　　か月間）	立○○病院 所属部署名：脳神経外科　摂食嚥下障害患者担当事例 10 例 職位：1・2・3・4・5（　　）
年　月～　　年　月 （　　か月間）	所属施設名：○○総合病院 所属部署名：回復期リハビリテーション病棟　摂食嚥下障害患者担当事例 10 例 職位：1・2・3・4・5（　　）
年　月～　　年 （　　か月間）	・3・4・5（　　）
年　月～　　年 （　　か月間）	所属部署名： 職位：1・2・3・4・5（　　）
年　月～　　年　月	職位：1・2・3・4・5（　　）
	職位：1・2・3・4・5（　　）
認定看護分野歴合計	か月間（　　年　　か月）※2023 年 10 月 31 日現在

・施設名は正式名称を記入してください。
・施設名が変更になった場合は旧名称を（　）で記入してください。
・職位が変わった場合は新たに記載してください。

・2023 年 10 月 31 日時点での期間を記入してください。計算間違いの無いようにに必ず確認をしてください。
・受験の要件を満たすには**通算 60 か月以上**であることが必要です。
・**非常勤での勤務期間は 150 時間を「1 か月」として換算してください**

・摂食嚥下障害看護分野での実務研修に該当していることがわかるように必要に応じて部署の詳細を追記する。担当事例数とは継続的・中心的に関わった数のことです。

・認定看護分野での実務研修（看護実務経験を意味する）は通算 3 年以上であり、2023 年 10 月 31 日時点で**通算 36 か月以上**であることが受験の要件です。

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2 か所とも**記載する

2. 認定看護分野における実務研修の実績 概要　（※受験者の経歴を記載する）

・1-2)認定看護分野歴で記載した期間に、認定看護分野に関連して担当した事例数（概算）

通算　（　20　）例

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者

・認定看護分野歴で記載した機関に担当した事例の合計数を記載してください

3. 認定看護分野歴における実務研修施設 概要

※最低３年間の認定看護分野歴における 施設の実績 について記載する
施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する（様式をコピーして記載する）

3-1）施設名	○○市立○○病院
3-2）認定看護分野に関する患者の年間症例数	150 例/年
3-3）認定看護分野における診療報酬の有無	1. 摂食機能療法：　有・無 2. 摂食嚥下機能回復体制加算：　有・無 3. 栄養サポートチーム加算：　有・無
3-4）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	1. 摂食嚥下障害に関する部門： 有（摂食嚥下チーム　）・無 2. 摂食嚥下障害に関する専門外来： 有（　）・無 3. 脳血管管障害、神経・筋疾患の患者を対象とした病棟： 有（脳血管センター、神経内科病棟　）・無
3-5）認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数	1.摂食・嚥下障害看護認定看護師（A 課程） 有（　1　名）・無 2. 摂食嚥下障害看護認定看護師（B 課程） 有（　名）無 3.上記が無の場合 実務研修指導者の職位・保有資格・経験を記載 例）摂食嚥下障害看護を 5 年以上経験している脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 例）摂食嚥下障害看護分野における経験 5 年以上を有する教育担当主任

3-5)※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か主任等で分野の経験の 5 年以上あるものから指導を受けたことを記載するか、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載する。

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

【教育機関チェック欄】

□看護師免許取得後、通算５年以上実務研修をしていること（必須要件）

□うち通算３年以上、摂食嚥下障害患者の多い病棟および外来、または在宅領域で実務研修していること（必須要件）

□摂食嚥下障害患者の看護を５例以上担当していること（必須要件）

□現在、摂食嚥下障害患者の看護に携わっていることが望ましい（望ましい要件）

（様式４）

※ 受験番号

勤　務　証　明　書

西暦　　年　　月　　日

氏名：

・証明する期間は 2023 年 10 月 31 日まで記入してください

・常勤であっても、産休・育休・介護休暇期間は休職期間として記載し通算勤務期間に含めないでください。

１．在職期間

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

	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
常勤勤務期間	（西暦）　年　月から	（西暦）　年　月迄	年　か月	年　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
合計通算年数				年　か月

※勤務形態が非常勤の場合、150 時間の勤務時間を実
割り出す。

・非常勤として勤務の期間は「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してください。

２．所属した部署の具体的な特徴・実務年数

【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）

勤務証明書の署名は所属施設の管理者または、看護部門の長が記載してください

職　　位：

氏　　名：　　印

＊所属施設の管理者あるいは看護部門の長

※ 受験番号＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式５）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 例 報 告 書

No	事例の概要	実施した看護実践
1		
2		
3		
4		
5		

・様式５は、愛知県看護協会ホームページよりダウンロードしパソコンで作成してください
・記載枠や文字の大きさの変更は構いませんが必ず、A4 一枚に納まるように記載してください。

（様式６）

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		
受験する教育課程に☑	□訪問看護（A課程） □摂食嚥下障害看護（B課程）	
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		
受験する教育課程に☑	□訪問看護（A課程） □摂食嚥下障害看護（B課程）	
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）

貼付