

## 提出書類(所定様式)の記入にあたって

- ◆ 過不足なく、枠内のスペースにおさまるようご記入ください。
- ◆ 訂正する場合は、二重線及び訂正印を使用すること。
- ◆ 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。
- ◆ 全ての書類は戸籍上の氏名で掲載すること。
- ◆ 記載不十分、書類不備の場合は受理できないこともあるため注意すること。

提出書類	様式	記入方法と注意事項
受講願書 *ダウンロード可	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名は必ず自署で記入する。</li> <li>・受験する課程のチェックボックスにレ点を入れる。</li> </ul>
履歴書 *ダウンロード可	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名は必ず自著で記入する。</li> <li>・所属機関は、正式名称を記載する。</li> <li>・現在、勤務していない場合は、「離職中」と記載する。</li> <li>・施設概要は、該当する施設に所属する場合のみの記載でよい。</li> <li>・学歴は高校卒業から記載し、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入する。</li> <li>・進学課程を卒業している場合は、准看護学校も明記する。</li> </ul>
実務研修報告書 *ダウンロード可	3 (訪問)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全実務研修期間及び認定看護分野の実務研修期間は通算勤務月数で算出する。常勤・非常勤に関わらず、産休・育児・介護休暇期間等看護実績のない期間は含まない。<u>計算間違いのないよう注意する。</u></li> <li>・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か月分として換算し、実務研修月数を割り出す。</li> <li>・1-1)の全実務研修期間は、看護師免許取得日からの看護実績(2023年9月末時点での実績)を全て記入する。<b>通算5年(60ヶ月)以上の実務研修実績がない場合は受験ができない。</b></li> <li>・1-2)は全実務研修期間のうち認定看護分野(退院支援を含む在宅ケア領域)における看護実績(2023年9月末時点での実績)を記入する。<b>通算3年(36ヶ月)以上の実務研修実績がない場合は受験ができない。</b></li> <li>・書式に記載の職位 1～5 のなかから、記入欄の該当する数字に丸印をつける。その他の場合はカッコ内に記入する。</li> <li>・認定看護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、所属部署の管理者・師長等で当該分野の経験が5年以上ある者から指導を受けたことを記す。</li> </ul>
勤務証明書 *ダウンロード可	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属施設の管理者あるいは看護部門の長などの職位にある者が作成する。</li> <li>・<u>現在の所属施設で看護実績を通算5年以上を満たし、且つ、認定看護分野での実績が通算3年以上ある場合は、勤務証明書はその施設の証明だけでよい。満たさない場合は、以前の勤務先の証明も必要となる。</u></li> <li>・同一法人で就業形態が変わった場合(非常勤から常勤、常勤から非常勤)は、一枚の勤務証明書に記載してよい。</li> <li>・認定看護分野の経験を中心に、実務研修した部署の特徴と経験年数を具体的に記入する。</li> </ul>

<p>事例報告書 *ダウンロード可</p>	<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所定の様式に従い、パソコンで作成する。</li> <li>・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)。</li> <li>・これまでの認定看護分野の実務研修期間中に担当した、医療処置及び管理を要する患者の在宅における看護(退院支援を含む)5事例について、事例の概要、実践した看護の要約を簡潔に記載する。</li> </ul>
<p>写真票、受験票、受講検定料の振込明細書のコピー *ダウンロード可</p>	<p>6</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受験を希望する課程のチェックボックスにレ点を入れる。</li> <li>・写真票と受験票には、氏名及び所属施設名並びに所在地を明記して、それぞれに4.5×3.5cmの写真を貼付する。</li> <li>・受験番号欄には受験番号を記入しないこと。</li> <li>・銀行等で受講検定料振込を行った際の振込明細書等(振込みを確認できるもの)のコピーを貼付する。</li> </ul>
<p>受験票郵送用 レターパックプラス</p>	<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レターパックプラス(赤色)の「お届け先」には出願者の住所及び氏名並びに電話番号を明記する。</li> <li>・郵便が必ず届くよう、マンション名など正確に記入する。</li> </ul>

(様式1)

※ 受験番号 \_\_\_\_\_

様式1～6の受験番号欄は当課程  
使用欄のため記入不要

## 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開催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)

受験を希望する課程の□に  
レ点をいれて選択

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

(〒 ー )

TEL

ふりがな

氏名 (自署)

必ず自著で、ふりがなも記入

西暦 年 月 日生

# 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	必ず自著で記入
	(自署)
生年月日	(西暦)            年            月            日生 (満    歳)

ふりがな		TEL
現住所	〒            - <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">都道府県から記入</span>	自宅： (            )            - 携帯：            -            - E-mail:
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】            対
所属機関名		
ふりがな	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">正式名称を記入</span>	
設置主体		
ふりがな		TEL
所属機関 住 所	〒            -	(            )            - 所属部署もしくは内線番号 (            )
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            号	
学歴 (高校卒業から一般学歴、専門学歴を記入)		
(西暦) 1995年 3月	〇〇県立〇〇高等学校卒業	
1995年 4月	〇〇県立〇〇看護専門学校入学	
1988年 3月	同校卒業	
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

(様式3-訪問)

# 実務研修報告書

(※実務研修とは、看護実務経験を意味する)

## 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)	
1998年4月～2002年3月 (48 か月間)	所属施設名：○○法人○○会○○病院 所属部署名：内科病棟 職位：1・2・3・4○5 ( )
2002年4月～2012年3月 (120 か月間)	所属施設名：□□法人□□会□□病院 所属部署名：救急外来・救急病棟 職位：1・2・3○4・5 ( )
2013年1月～2016年9月 (36 か月間)	所属施設名：◎訪問看護ステーション 所属部署名：訪問看護 職位：1・2・3・4○5 ( )
2018年4月～2023年9月 (66 か月間)	所属施設名：△△法人△△会△△病院 所属部署名：神経内科病棟・医療連携室 職位：1・2・3・4○5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
合 計	270 か月間 ( 22 年 6 か月) ※2023年9月30日現在
1-2) うち認定看護分野歴 (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)	
2013年1月～2016年9月 (36 か月間)	所属施設名：◎訪問看護ステーション 所属部署名：訪問看護 職位：1・2・3・4○5 ( )
2022年4月～2023年9月 (18 か月間)	所属施設名：△△法人△△会△△病院 所属部署名：医療連携室 職位：1・2・3・4○5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
認定看護分野歴合計	54 か月間 ( 4 年 6 か月) ※2023年9月30日現在

本出願者は、訪問看護ステーションでの勤務形態が非常勤であるため、勤務日数・時間から換算※し「36 か月」を算出した。  
※150 時間の勤務時間を 1 か月相当の実務研修とみなす

注) 合計欄は、1-1)、1-2)2か所とも記載する

2. 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 ( 112 ) 例

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

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	△△法人△△会△△病院 医療連携室
3-2) 認定看護分野に関する患者の年間症例数	退院調整カンファレンスの実施件数
3-3) 認定看護分野における診療報酬の有無	1. 機能強化型訪問看護管理療養費： 有 ・ 無 2. 精神科訪問看護基本療養費： 有 ・ 無 3. 訪問看護ターミナルケア療養費： 有 ・ 無 4. 24時間対応体制加算： 有 ・ 無 5. 特別管理加算： 有 ・ 無 6. その他 (入退院支援加算 1 )
3-4) 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  ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が認定看護分野の実務研修において主に指導を受けた人の職位等を記載する	1. 訪問看護認定看護師：有 ( 1名 ) ・ 無 2. 在宅ケア認定看護師：有 ( 名 ) ・ 無 3. 在宅看護専門看護師：有 ( 名 ) ・ 無 4. 地域看護専門看護師：有 ( 名 ) ・ 無 5. いずれも無の場合 実務研修指導者の職位：  例) 実務研修指導者：教育担当師長、認定看護分野における経験5年以上を有する主任等

3-4)※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。

3-1) 施設名	◎訪問看護ステーション
3-2) 認定看護分野に関する患者の年間症例数	〇〇〇例
3-3) 認定看護分野における診療報酬の有無	1. 機能強化型訪問看護管理療養費： 有 ・ 無 2. 精神科訪問看護基本療養費： 有 ・ 無 3. 訪問看護ターミナルケア療養費： 有 ・ 無 4. 24時間対応体制加算： 有 ・ 無 5. 特別管理加算： 有 ・ 無

	6. その他 ( )
3-4) 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  ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が認定看護分野の実務研修において主に指導を受けた人の職位等を記載する	1. 訪問看護認定看護師：有 ( ) 名)・ <del>無</del> 2. 在宅ケア認定看護師：有 ( ) 名)・ <del>無</del> 3. 在宅看護専門看護師：有 ( ) 名)・ <del>無</del> 4. 地域看護専門看護師：有 ( ) 名)・ <del>無</del> 5. いずれも無の場合 実務研修指導者の職位：管理者  例) 実務研修指導者：教育担当師長、認定看護分野における経験 5 年以上を有する主任等

3-4)※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。

<p>【教育機関チェック欄】</p> <input type="checkbox"/> 看護師免許取得後、 <input type="checkbox"/> 通算 3 年以上、在宅領 <input type="checkbox"/> 医療処置及び管理を要 績を有していること <input type="checkbox"/> 現在、在宅ケアに携わっていることが望ましい (望ましい要件)	<p>この欄にはチェックしないこと  受験する課程の様式であることを  必ず確認すること</p>	<p>(必須要件)  要件)  を含む) を 5 事例以上担当した実</p>
---	--	--

# 勤 務 証 明 書

氏名：

本出願者は現在勤務している病院での看護実績で、看護師免許取得後の実務研修についての実務研修の実績が不足するため、前職の訪問看護ステーションの勤務証明書の提出も必要となる

## 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

常勤勤務 期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 2018年 4月から	(西暦) 2023年 9月迄	年 月 日	5年 6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 月 日	年 月 日
合計通算年数				5年 6か月

## 2. 所属した部署の具体的な特徴・実務年数

2018年4月～2022年3月まで神経内科病棟で勤務し、訪問看護での経験を活かし退院後の生活を意識しながら、医療依存度の高い療養者や意思決定支援を必要とする療養者の看護を実践していた。

2022年4月からは、医療連携室で退院調整看護師として神経内科病棟、脳外科病棟、循環器内科病棟を担当し、月に○件程度の退院調整カンファレンスを行っている。担当病棟は特に医療依存度の高い療養者やエンド・オブ・ライフ期にある療養者が多く、院内だけでなく地域の多職種とも連携を密に行い、部署内だけでなく医師からの信頼度も高い。

上記1、2に関する内容を証明致します。

機 関（ 施 設 ） 名： △△法人△△会△△病院

所 在 地： ○○県○○市・・・・

(TEL)

職 位： 看護部長

氏 名： ○○○○

印

\*所属施設の管理者あるいは看護部門の長

(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		

- 在宅における看護(退院支援を含む)の事例の概要、実践した看護の要約を簡潔に記載する
- パソコン入力で作成する
- 事例により記載枠の大きさを変更しても構いませんが、必ず A4 一枚に収まるように記載する

(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	記入不要
ふりがな			
氏名			
受験する 教育課程 に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (A課程) <input type="checkbox"/> 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	記入不要
ふりがな			
氏名			
受験する 教育課程 に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (A課程) <input type="checkbox"/> 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
----