

公益社団法人静岡県看護協会
認定看護師教育課程【脳卒中リハビリテーション看護】

入学試験提出書類一式

記入例

- (1) 入学願書（様式1） 1部
- (2) 履歴書（様式2-1、2-2） 1部
- (3) 実務研修報告書（様式3-1、3-2） 1部
- (4) 勤務証明書（様式4：人事課あるいは看護部長の職位の方が記入） 1部
- (5) 推薦書（様式5：看護部長の職位の方が記入） 1部
- (6) 脳血管障害患者の看護：5事例の要約（様式6-1） 1部
脳血管障害患者の看護：急性期事例（様式6-2） 1部
脳血管障害患者の看護：回復期事例（様式6-3） 1部
- (7) 写真票、受験票、及び入学検定料振替払込請求書兼受領書写しを貼付（様式7） 1部
*上記、指定様式の他に
- (8) 受験票返信用封筒 長形3号（120mm×235mm）
（返信先を封筒の表に明記の上、切手240円分貼付のこと）
- (9) 看護師免許証の写し（A4版に縮小したもの） 1部

- | |
|--|
| <p>※ 入学試験提出書類の記入例を、静岡県看護協会ホームページに掲載しますのでご参照ください。（http://www.shizuoka-na.jp/）</p> <p>※ 記載に不備な点がある場合は受験できませんのでご注意ください。</p> <p>※ 記入された個人情報、受験資格要件の確認、応募状況を統計としてまとめるためにのみ利用いたします。</p> |
|--|

入 学 願 書

公益社団法人 静岡県看護協会

認定看護師教育課程「脳卒中リハビリテーション看護」

課程長 望 月 律 子 様

私は、公益社団法人静岡県看護協会にて実施される認定看護師教育課程「脳卒中リハビリテーション看護」へ入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 2013 年 X 月 X 日

ふりがな **ふりがな も 忘れずに記入してください。**

氏 名 (自署) **自筆でお願いします。** 印

西暦 19〇● 年 〇● 月 〇 日生

認印を押し
てください

ふりがな **住所の ふりがな も 忘れずに記入してください**

現 住 所 :

(〒 〇●〇 - 〇〇●〇)

都道府県から記入してください。

TEL : **市外局番から記入してください**

履 歴 書

どちらかを
○で囲って
ください。

西暦 20●●年○●月○日現在

写真貼付(45×45 mm)
裏面に氏名を記入し、
貼付してください。

ふりがな	ふ り が な	男・女
氏 名	○ ● ● 美	印
生年月日	西暦 19○●年○●月○日生 (満○●歳)	

認印を押し
てください

ふりがな	ふりがな も 忘れずに記入してください	(TEL) 054-321-9876
現住所	〒 ー 都道府県から記入	(FAX) 054-321-9876
ふりがな	ふりがな も 忘れずに記入してください	病床数
所属機関名	正式名称を記入	123 床
所属機関 住 所	〒 ー 都道府県から記入	
設置主体		(TEL) 098-765-4321 (FAX) 098-765-4321
免許取得 年月日 〔免許番号〕	看護師 西暦 20○●年○●月○日 (免許番号 号)	

学 歴 (高校卒業から一般学歴及び専門学歴を記入)

〔西暦〕 20○●年 ●月	●○高校 卒業
20○●年 ○月	●○看護専門学校 入学
20○●年 ●月	同校 卒業

- ※ 訂正する際は、二重線を引き訂正印を押してください。
- ※ 所属機関は正式名称を記載し、勤務してない場合は離職中と記入してください。
- ※ 学校名は、学科・課程まで正式名称を記入し、進学課程卒業の場合は准看護師養成機関についても明記する。

実務研修報告書

1. 実務研修期間および内容について（教育機関入学までの職歴を記載する）

1) 認定看護分野における看護実務研修期間 **免許取得からの就業を年次順にすべて記載**

年	月	～	年	月	期間（月数）	所属施設名	部署	職位	実務研修内容

① 合計

脳卒中リハビリテーション看護の実務研修期間が36ヵ月以上必要

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	部署	職位	実務研修内容

② 合計

3) 看護実務研修機関の確認 **教育期間に入学するまでに通算60ヵ月以上必要**

① (36ヶ月以上)	②	①+② (60ヶ月以上)

2. 認定看護分野に関連する看護実務研修施設の概要（最低3年間の認定看護分野の実務研修期間における所属施設の概要について記載する 施設が複数の場合はコピーをして施設ごとに記載する）

1)	施設名	
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)	
3)	認定看護分野に関する施設基準の届出の種類	脳卒中ケアユニット入院管理料：有・無 回復期リハビリテーション病棟入院料：有・無 その他：
4)	認定看護分野に関する専門部門（部署・外来・病棟等） の有無とその名称	
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、申請者自身が該当分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 有（ ）名・無 当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野名称と人数： その他の実務研修指導者：

3. 認定看護分野に関連する看護実務研修内容の概要

<p>「1-1)脳卒中リハビリテーション看護分野における看護実務研修期間」における認定看護分野に関連した担当実績(通算の事例数)</p> <p>また、そのうちで急性期にある脳血管障害患者の担当事例数。</p> <p>※ 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し、急性期の脳血管障害患者の担当事例が5例以上あることを確認する</p>	<p>認定看護分野の担当事例数 通算()例</p> <p>急性期脳血管障害患者の担当事例数 通算()例</p>
---	---

※教育機関チェック欄

認定看護師教育課程は、実務研修に関する要件を満たしているか入学選抜時に審査すること。

免許取得後、実務研修が通算5年以上あること。

うち3年以上は認定看護分野の実務研修の実績があること。

「特定看護分野の実務研修内容の基準」の詳細は、以下URLよりご参照ください。

<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/pdf/tokuteijitumu.pdf>

※ 実務研修報告書のスペースが足りない場合は別紙に記載のうえ添付してください。

勤 務 証 明 書

※ 人事課(病院長/施設長)あるいは看護部長の職位の方に記入をお願いします。

※ (様式4)が複数枚必要な場合は、(様式4)をコピーしてください。

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

西暦 年 月より

西暦 年 月まで

現在の職場で通算 5 年以上実務研修(経験)があれば、現在の職場の証明のみでよい。
しかし、5年に満たない場合は、前職場の証明も必要。

- * 非常勤:5,400 時間=実務経験 3 年
- * 育児休暇期間:実務年数に含まない

計 年 月間 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 日)である。

2. 所属した部署の具体的な特徴・経験年数

いずれかを
○で囲って
ください。

【脳血管障害患者の看護】の経験を中心に、配属部署の特徴と経験年数を記入

現職場で通算 3 年以上【脳血管障害患者の看護】の実務研修(経験)があれば、現職場の証明のみでよい。
しかし、3年に満たない場合は、【脳血管障害患者の看護】の実績が通算 3 年になるまで、複数の職場の証明も必要となる。

上記 1、2 に関する内容を証明致します。

印を押して
ください

職 位

氏 名

印

所属機関：

住 所：〒 _____

TEL：

(様式5)

受験番号 _____

推 薦 書

西 暦 年 月 日

申請者氏名：

上記の者は、認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

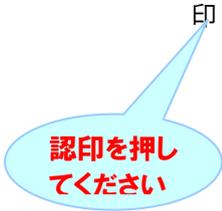
職 位

推薦者氏名（自署）

所属機関：

住 所：〒 _____

印



TEL：

※ 看護部長に相当する職位の方がご記入ください。

脳血管障害患者の看護：5事例の要約

No	患者プロフィール(現疾患・治療の概要)	看護上の問題点・看護経過
1		
2		
3		
4		
5		

- ※ 脳血管障害のなかで脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血を各1例ずつ含んだ事例が望ましい
- ※ 5事例のうち1事例以上は急性期であること
- ※ 5事例の要約の中から、急性期事例、回復期事例を各1事例ずつ選び、アセスメントを含めて実践した看護を記入すること(様式6-2)(様式6-3)
- ※ 枠内におさまるように記入すること。Word作成が望ましい
- ※ ※ 記載にあたっては倫理的配慮を十分おこなうこと

脳血管障害患者の看護：急性期事例

事例 No. _____ 事例テーマ _____

患者プロフィール	現疾患・治療の概要
看護上の問題	
看護経過（評価を含む）	

脳血管障害患者の看護：回復期事例

事例 No. _____ 事例テーマ _____

患者プロフィール	現疾患・治療の概要
看護上の問題	
看護経過（評価を含む）	

(様式7)

静岡県看護協会 認定看護師教育課程

写真票

受験番号

ふりがな **ふりがなも記入してください。**

氏名 ○ ● ● 美

認定看護師教育分野：
脳卒中リハビリテーション看護

所属施設

施設名

○ ● ○ ○ ●
● ○ ● 病院

写真貼付(45×45 mm)
裏面に氏名を記入し、
貼付してください。

所在地(都道府県のみ)

○ ● 県

太枠の中に必要事項を記入してください。

※ 受験番号は記入しないでください。

静岡県看護協会 認定看護師教育課程

受験票

受験番号

ふりがな **ふりがなも記入してください。**

氏名 ○ ● ● 美

認定看護師教育分野：
脳卒中リハビリテーション看護

所属施設

施設名

○ ● ○ ○ ●
● ○ ● 病院

写真貼付(45×45 mm)
裏面に氏名を記入し、
貼付してください。

所在地(都道府県のみ)

○ ● 県

太枠の中に必要事項を記入してください。

※ 受験番号は記入しないでください。

[入学検定料振込通知]
振替払込請求書兼受領証の写し

貼 付