

受験番号

(記入不要)

受講願書

群馬パース大学長 様

私は、群馬パース大学における認定看護師教育課程を受講したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 年 月 日

現住所 〒 —

電話番号 — —

フリガナ

氏名 (自署)

印

西暦 年 月 日生

受験番号

(記入不要)

履 歴 書

(西暦) 年 月 日 現在

フリガナ			性別	写真貼付 縦 40 mm×横 30 mm 無帽,上半身正面向き で出願前 3 か月以内に 撮影したもの
氏 名				
本人現住所	〒 ー			
生年月日	西暦	年 月 日	歳	
フリガナ			病床数	
所属機関名				
所属機関住所	〒 ー			
	TEL () / FAX ()			
免許	保健師 (第 号)	取得年月日	年 月 日	
	助産師 (第 号)	取得年月日	年 月 日	
	看護師 (第 号)	取得年月日	年 月 日	
学 歴 (高校卒業以降を記入すること。入学・卒業年月を西暦で記入すること。)				
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
職 歴 (施設及び所属部署名を記入すること。例：〇〇病院 脳神経外科病棟)				
	年 月	年 月		
	年 月	年 月		
	年 月	年 月		
	年 月	年 月		
賞 罰				
	年 月			
	年 月			
学会及び研修会発表等の業績				
	年 月			
	年 月			

※記載スペースが不足する場合は別紙を添付してください。

受験番号
(記入不要)

実務研修報告書

氏名：_____

1. 実務研修（経験）期間及び内容

1) 摂食嚥下障害看護分野に関連する看護実務研修（経験）期間*

※看護実務研修（経験）期間には見込みも含む

年	月		年	月	期間	所属施設名	部署	職位	実務研修（経験） 内容
		～							
		～							
		～							
		～							

合計 ① ヶ月

2) 摂食嚥下障害看護分野以外での看護実務研修（経験）期間*

年	月		年	月	期間	所属施設名	職位
		～					
		～					
		～					
		～					

合計 ② ヶ月

3) 看護実務研修（経験）期間*の確認

① (36 ヶ月以上)	②	①+② (60 ヶ月以上)
ヶ月	ヶ月	ヶ月

2. 摂食嚥下障害看護分野に関連する実務研修（経験）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	
2)	摂食嚥下障害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)	摂食嚥下障害看護分野に関する施設基準の届出の種類 (摂食機能療法、栄養サポートチーム加算など)	
4)	摂食嚥下障害看護分野に関する専門の部門の有無とその名称 (摂食嚥下外来など)	
5)	摂食嚥下障害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	

3. 実務研修（経験）の実績・概要

「1-1) 摂食嚥下障害看護分野に関連する看護実務研修（経験）期間*」における摂食嚥下障害看護分野に関連した担当実績 (通算の事例数)	
---	--

受験番号

(記入不要)

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、下記の通り勤務していることを証明します。

常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	年 月迄	年 月	年 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～	年 月迄	年 月	年 月
1日		時間で週	日勤務	

2. 所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

上記の通り、相違ないことを証明します。

機関(施設)名：

職位名：

氏名：

印

機関(施設)所在地：

電話番号：

※施設長または看護部門の長が発行してください。

受験番号

(記入不要)

推薦書

西暦 年 月 日

群馬パース大学長 様

機関（施設）名

職位・氏名

印

※施設長または看護部門の長が発行してください。

認定看護師教育課程の受講者として、次の者を推薦します。

氏名：

推薦の理由

--

※推薦元で所定様式がある場合は、その用紙を使用しても差し支えありません。

受験番号

(記入不要)

志望理由書

氏名： _____

--

志願者氏名： _____

受験番号

(記入不要)

摂食嚥下障害看護事例概要（1事例）

I. 事例紹介

病名：	年齢：	性別：
[現疾患・治療の概要（発症から受持まで）]	受持ち期間：	
	[家族構成]	
	[キーパーソン]	
[既往歴・生活歴]	[本人の病状認識]	
	[家族の病状認識・今後の介護の方向性]	
[摂食嚥下障害に関連するカルテ所見]		

II. 看護過程

[アセスメント]

※氏名、医療機関名、住所地の地名等、個人の特定につながる情報は記載しないでください。

志願者氏名

[看護診断リスト]

[期待される成果（患者の目標）]

[看護計画]

[実施・結果]

受験番号

(記入不要)

自施設情報確認書 (特定行為研修)

志願者氏名： _____

【特定行為研修自施設実習について】

特定行為研修の臨地実習を自施設（勤務先）で実施できるか所属先機関（施設）に確認のうえ記入してください。

特定行為研修 区分別科目名	特定行為	該当するものに☑する。				
		6週間で 対象と なる 症例が 5例以上 ある	①	②	③	
栄養及び水分 管理に係る薬 剤投与関連	持続点滴中の 高カロリー輸液の 投与量の調整	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
			歯科 医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	脱水症状に対する 輸液による補正	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
			歯科 医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

※特定行為研修の臨地実習は、上記の特定行為 1行為につき、5例以上の実習が必要。

※臨地実習には上記①の医師の指導者がいること。

※症例数及び指導者の条件を満たすことができれば、自施設（勤務先）での臨地実習が可能です。ただし、自施設での臨地実習を希望する場合は、群馬パース大学看護実践教育センターの実習協力施設として、事前に施設代表者の承諾を得る必要がありますので、あらかじめ自施設での臨地実習が可能かご確認ください。

〈指導者の要件〉

- 医師を必ず含むこととし、その他の指導者も、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療関係者であること。医師又は歯科医師の指導者は、「臨床研修指導医」又は「臨床研修指導歯科医」と同等以上の経験を有すること。

※「同等以上の経験」とは、「7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験（研修医への指導経験）を有する医師」が想定されています。

- 看護師の指導者は、特定行為研修を修了した者又はこれに準ずる者であること。

※「準ずる者」とは、「平成21年度及び平成23年度特定看護師（仮称）養成調査試行事業における研修並びに平成24年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修を修了した看護師、専門看護師及び認定看護師、大学等での教授経験を有する看護師」が想定されています。

2024 年度
認定看護師教育課程
「受験写真票」

受験番号 (記入不要)	
教育課程	摂食嚥下障害看護
フリガナ	
氏名	

写真貼付欄

縦 40 mm × 横 30 mm

無帽、上半身正面向
きで、出願前 3 か月
以内に撮影したもの

【注意事項】

履歴書と同じ写真を貼付してください。

2024 年度
認定看護師教育課程
「受講検定料振込証明書貼付票」

「振込受付書」貼付欄

※用紙が枠内に収まらない場合は、
貼付した後に枠内に折り込んで下さい。

金融機関の窓口か A T M またはインターネットバンキングでお振込みください。