

2019 ①

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 TEL ()				
生年月日	西暦	年	月	日	
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 (高校卒業から記入すること。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（見込）期間

年	月		年	月	期間	所属施設名	部署	職位	実務研修内容
		～							
		～							
		～							
		～							

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（見込）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		
4)	摂食・嚥下障害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		
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 ※0 名 の場合は、主に指導を受けた人数を記載		

3. 実務研修の実績・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

（ 受験者との関係

）

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

--

- ※ 1 推薦元で所定様式がある場合は、その用紙を使用して差し支えありません。
- 2 受験は、推薦がない場合でも可能です。
- 3 推薦書の提出にあたって、推薦者の施設名及び職位等は問いません。

受験番号

(記入不要)

志望理由書

氏名： _____

--

受験番号

(記入不要)

摂食・嚥下障害看護事例要約（1事例）No.1

氏名： _____

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]	
[生活歴]	[キーパーソン]	
	[本人の病状認識]	
	[家族の病状認識・今後の介護の方向性]	

II. 看護過程

[アセスメント]
[看護問題]

		氏名
[看護目標]		
[看護計画]	[実施]	
[評価]		

※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。

受験番号

(記入不要)

摂食・嚥下障害看護事例実績証明・要約（4 事例）

氏 名： _____

患者プロフィール（疾患・治療・経過）	看護の実際
【事例 No. 2】	
【事例 No. 3】	
【事例 No. 4】	
【事例 No. 5】	

※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。

2019 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】

受講願書と同じ写真を貼付してください。

2019 年度
認定看護師教育課程
「受講検定料振込証明書貼付票」

「振込受付証明書」貼付欄

※用紙が枠内に収まらない場合は、お手数ですが、
貼付した後に枠内に折り込んで下さい。

金融機関の窓口または A T M でお振込みください。