

見本

(第1号様式)

※ 記入しない

※履修生番号

※ 受験番号

# 入学願書

関西福祉大学学長 殿

私は、関西福祉大学看護キャリアアップセンター「脳卒中リハビリテーション看護」認定看護師教育課程に入学したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 年 月 日

フリガナ

現住所 (〒      -      )

フリガナ

氏名 (自署)

印

生年月日

西暦

年

月

日生

見本

(第2号様式)

※ 記入しない

※履修生番号	
※ 受験番号	

# 履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

写真貼付  
(74cm×ヨコ3cm)  
3ヶ月以内に撮影した  
もので、無帽上半身の  
もの。

フリガナ	男・女
氏 名	印
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)

フリガナ 現住所	〒 都道府県から記入	TEL ( ) - FAX ( ) -
メールアドレス	*	
携帯電話番号	*	
フリガナ 所属機関名	正式名称を記載する	
所属機関 住所	〒	TEL ( ) - 所属病棟もしくは内線番号 ( )
免許取得年月日	(看護師) 西暦 年 月 日	号
	(助産師) 西暦 年 月 日	号
	(保健師) 西暦 年 月 日	号
学 歴 (高校卒業時から記入)		
(西暦) 〇〇年 3月	〇〇高等学校 卒業	
〇〇年 4月	〇〇大学 看護学部 入学	
〇〇年 3月	同 卒業	
年 月		
年 月		
年 月		

\*緊急の際の連絡先として使わせていただきます。

見本

(第3号様式)

※ 記入しない

※履修生番号	
※ 受験番号	

## 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

年	月	～	年	月	期間(月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容
2006	4	～	2011	3	60	〇〇病院	脳神経外科	スタッフ	脳卒中患者が9割
2011	4	～	2012	3	12	〇〇病院	ICU	主任	脳卒中患者が3割
①合計					72				

#### 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
2012	4	～	2013	11	20	〇〇病院	手術室	主任
②合計					20			

#### 3) 看護実務研修期間の確認 \*2013年11月末日時点での期間を記入すること

① (36か月以上必要)	②	①+② (60か月以上必要)
72か月	20か月	92か月

### 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、施設ごとに記載する。）

1)	施設名	〇〇病院
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)	脳卒中患者 例/年間
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 回復期リハビリテーション病棟入院料 その他 : 有・無 : 有・無 該当箇所○を記入
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	脳神経外科病棟 SCU・ICU
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  *上記該当者が無い場合のみ、申請者自身が脳卒中リハビリテーション看護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 名称と人数 救急看護認定看護師 1名 摂食・嚥下障害認定看護師 1名 その他の実務研修指導者： 師長

### 3. 認定看護分野に関連する看護実務研修内容の概要

<p>「脳卒中リハビリテーション看護分野の看護実務研修期間」において、脳血管障害患者の看護を担当した事例数(概算)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*担当した事例とは、継続的・中心的に関わった事例数とし、5例以上あること。</p>	<p>認定看護分野の担当事例数 通算 ( 約 100 ) 例</p> <p>急性期脳血管障害患者の担当事例数 通算 ( 約 20 ) 例</p>
---	--

### 4. 学会および研修会等の実績

<p>認定看護分野歴における実績</p> <p>1) 所属学会 ○○ 学会 (○○年 月 入会)</p> <p>2) 主な研修内容 (専門領域における研修会等への参加) ○○セミナー 受講 (○○年 月)</p> <p>3) 看護研究業績 (学会および研究会などの発表・学術誌投稿業績など)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>●研究発表の場合 筆頭著者名 (他○名), 演題, 発表学術集会名, 発表年月の順に記載 ○○ (他 5 名), 脳卒中患者の . . . . , 第○回○○学会学術集会, ○○年○月.</li><li>●論文投稿や雑誌への執筆の場合 筆頭著者名 (他○名), タイトル, 雑誌名, 巻 (号), ページ, 発行年の順に記載 ○○ (他 5 名), 脳卒中患者の . . . . , ○○学会誌, 10(3), 40-60, ○○年.</li></ul>
---

見本

(第4号様式-1)

※ 記入しない

※履修生番号

※ 受験番号

文書は1枚にまとめ、この様式に準じてワープロでの作成も可

### 脳血管障害患者の看護事例報告 (5事例要約)

脳血管障害患者の看護事例(脳梗塞・脳内出血・クモ膜下出血患者の看護を1例ずつ含む)5例を要約する。

そのうち1事例は急性期の事例とする。

\*記載においては、個人や施設が特定できないよう倫理的配慮をする。

氏名

No	事例紹介 (診断名、病態、治療経過など)	看護の展開 (援助内容、評価も含む)
1		
2		
3		
4		
5		

**見本**

(第4号様式-2)

※ 記入しない

※履修生番号	
※ 受験番号	

文書は1枚にまとめ、この様式に準じてワープロでの作成も可

**脳血管障害患者の看護事例報告**

要約した5事例の中から1事例を選び、具体的な看護展開を記述する。

\*記載においては、個人や施設が特定できないよう倫理的配慮をする。

氏名

事例No	関わった期間	年	月	～	年	月	(	日間)
事例紹介 (診断名、病態、治療など経過を含む)								
問題点 (問題点の根拠も述べる)								
看護展開 (援助内容と結果)								
分析・評価								

見本

※ 記入しない

※履修生番号	
※ 受験番号	

(第5号様式)

# 勤務証明書

西暦 年 月 日  
氏名 \_\_\_\_\_

## 1. 在職期間

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～	(西暦) 年 月	年 ヶ月	年 ヶ月
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～	(西暦) 年 月	年 ヶ月	年 ヶ月
合計通算年数				年 ヶ月

(休職期間には、産休・育休を含む)

## 2. 所属した部署の名称と特徴・経験年数

脳神経外科病棟：脳卒中患者の急性期、回復期治療を受ける患者の看護を実践 5年間勤務

高度救急救命センター外来：脳卒中患者が約4割を占めている 3年間勤務

消化器病棟：外科的、内科的治療を受ける患者の看護を実践 2年間勤務

当機関（施設）における職歴、専門分野の実務経験に相違ありません。

機関（施設）名：

\*職位名：

氏名： 自署

印

機関（施設）所在地：

電話：（ ） —

\*人事課（病院長名）あるいは看護部長の職位の方がご記入ください。

見本

(第6号様式)

※ 記入しない

※履修生番号	
※ 受験番号	

# 推 薦 書

西暦 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は、将来、認定看護師として活躍するにふさわしいと評価しますので、ここに推薦致します。

推薦理由（被推薦者の看護実践能力および認定看護師教育課程修了後の配置予定や期待される役割等をご記入下さい。）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

推薦者氏名（自署）

印

所属機関：

職位（名）：

住 所：〒

連絡先 TEL：

FAX：

\*看護部長の職位の方がご記入ください。