

(第1号様式)

※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。

西曆 年 月 日

フリガナ 現住所（〒 ー ）
フリガナ 氏 名 （自署） 印
生年月日 西曆 年 月 日 生

(第2号様式)

※履修生番号	
※ 受験番号	

履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

写真貼付
(タテ4cm×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	〒	TEL () - FAX () -
メールアドレス	*	
携帯電話番号	*	
フリガナ 所属機関名		
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)	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	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。

(第3号様式)

※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
①合計									

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	職位
②合計							

3) 看護実務研修期間の確認

① (36 か月以上)	②	①+② (60 か月以上)

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、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の部門（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 * 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 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>「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 () 例</p> <p>急性期脳血管障害患者の担当事例数 通算 () 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> <ol style="list-style-type: none">1) 所属学会 2) 主な研修内容 (専門領域における研修会等への参加) 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)

(第4号様式-1)

※履修生番号	
※ 受験番号	

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		

(第4号様式-2)

※履修生番号	
※ 受験番号	

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								

※履修生番号	
※ 受験番号	

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

.....

.....

.....

.....

.....

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：

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。

※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。

(第7号様式)

※履修生番号	
※ 受験番号	

志 望 理 由 書

氏名 _____

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(第8号様式)

2014年度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

2014年度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

写真票		受験 番号	
フリガナ			
氏名			
所属施設	写真貼付 正面上半身(45×45mm) 裏面に氏名を記入		
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

受験票		受験 番号	
フリガナ			
氏名			
所属施設	写真貼付 正面上半身(45×45mm) 裏面に氏名を記入		
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

入学検定料納入通知

銀行振込の控え(コピー可)を添付

(第9号様式)

※履修生番号	
※ 受験番号	

入学選抜試験提出書類確認用紙

提出書類内容	様式	枚数	確認欄
入学願書	1		<input type="checkbox"/>
履歴書	2		<input type="checkbox"/>
実務研修報告書	3		<input type="checkbox"/>
脳血管障害患者の看護事例要約（5事例）	4-1		<input type="checkbox"/>
脳血管障害患者の看護事例報告	4-2		<input type="checkbox"/>
勤務証明書	5		<input type="checkbox"/>
推薦書	6		<input type="checkbox"/>
志望理由書	7		<input type="checkbox"/>
写真票・受験票・入学検定料納入通知	8		<input type="checkbox"/>
看護師免許証の写し（A4版縮小コピー）			<input type="checkbox"/>
受験票返信用封筒			<input type="checkbox"/>
入学選抜試験提出書類確認用紙	9		<input type="checkbox"/>