（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

**入　講　願　書**

**長岡崇徳大学教育センター長　殿**

　　私は、長岡崇徳大学教育センター特定行為研修を受験したいので、関係書類を添えて出願します。

　　　（西暦）　　　　 年　　　月　　　日

ふりがな

申込者氏名　　　　　　　　　 　　　　　印

生年月日（西暦）　　　 年　　　月　　　日

現住所　　　〒

電話番号

（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

　　　 写真貼付　　　　　　　　　　　　**履　歴　書**

（4cm×3cm）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 |
| 氏　　名 |  | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　年　　　月　　　日生（満　　　歳） | |

1. 最近３ヶ月以内に

　 撮影したもの

2. 写真裏面に氏名を

記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | |
| 現住所 | | 〒 | | | |
| TEL | | | | 携帯番号 | |
| E-mail | | | | | |
| ふりがな | |  | | | |
| 所属機関名 | |  | | | |
| 所属機関  住　　　所 | | 〒 | | | |
| TEL | | | | 所属病棟、内線番号等 | |
| 免許取得  年月日 | | （看護師）  西暦　　　　　　年　　　　月　　　日 | | | 号 |
| 免許取得  年月日 | | （認知症看護認定看護師）  西暦　　　　　　年　　　　月　　　日 | | | 号 |
| 学歴・職歴（西暦で高校卒業から記入） | | | | | |
| 学歴 | 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 職歴 | 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |

　（様式３）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

**志　願　理　由　書**

氏名

1000字程度

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

（様式４）

**推　薦　書**

令和　　　年　　　月　　　日

**長岡崇徳大学教育センター長　殿**

機関（施設）名

役職

推薦者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

長岡崇徳大学教育センター特定行為研修の受講生として、次の者を推薦します。

記

志願者名（自署）

推薦理由

（様式５）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

**勤 務 証 明 書**

氏　　名

生年月日　　（西暦）　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日

１　在職期間

　　　　看護師　　　として（西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日から

　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日まで

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（在籍年数　　　　　　　年　　　　　ヶ月）

　　　　勤務形態（常勤・非常勤）　　１日　　　　　時間で週　　　　　　　日勤務

２　勤務した部署の具体的な特徴・経験年数

上記のとおり相違ないことを証明します。

（西暦）　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（様式６）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

**認知症看護認定看護師としての改善実績例**

1000字程度

◎自身が認知症認定看護師として改善した実績事例の１事例について事例紹介し、考察してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

（様式７）

**既修得科目履修免除申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**長岡崇徳大学教育センター長　殿**

　私は、下記の通り指定研修機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を終了しているため、シラバスと修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指定研修機関 | 研修修了年月日 |
|  | 年　　　月　　　日 |

申請者氏名（自署）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

（様式８）

**受講審査料振込控え貼付票**

|  |
| --- |
| （注意事項） |
| １. 最寄りの金融機関から入学検定料を本人名義で振込んでください。  ２．ネットバンキングからの振り込みは不可。  ３．振込後、受け取った「振込金受領書」コピーを枠内に貼り付けてください。  ※窓口振り込みの場合は、受付金融機関の日付印が押印されていることを確認してください。  ※原本ではなく、印字が読み取れる状態のコピーを貼り付けてください（縮小コピー可）。  ※原本を貼り付けした場合、一度提出した書類は返却できません。 |

・この枠内にはがれないように貼付してください。

・枠より大きい場合は、折り曲げて貼付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

（様式９）

**実習施設の情報**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**長岡崇徳大学教育センター長　殿**

　　本病院は、認知症看護認定看護師Ａ課程修了し、認知症看護Ｂ課程の特定行為研修区分「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」実習について承諾いたします。

（西暦）　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　印