（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

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認知症看護認定看護師教育課程を受験したいので、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 |  | | | |
| 設置主体 | （　　　　　　）＊「出願書類の記入にあたって　履歴書２」の中から該当番号を  　　　　　　　　　　記入 | | | |
| 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 |
| 学歴（高校卒業から記入） | | | | |
| 西暦　　　年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| 年　　　月 | |  | | |
| これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格 | | | | |
|  | | | | |
| 所属学会 |  | | | |

（様式３）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

**志　願　理　由　書**

氏名

　　　1000字程度

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

（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認知症看護認定看護師教育課程の受講生として、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 |  |

**実 務 研 修 報 告 書（分野名：認知症看護）**

**１.実務研修施設**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2023年10月末現在

|  |  |
| --- | --- |
| １－１）全実務研修期間および実務研修施設名【所属施設名、職位】 | |
| （西暦）　　　年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 全実務研修期間　　　　合計　　　　　　　年　　　　ヶ月 | |

|  |  |
| --- | --- |
| １－２）１のうち認定看護分野歴【所属施設名、所属部署名（対象者の具体を明記する）、職位】 | |
| （西暦）　　　年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：  職位： |
| 年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：  職位： |
| 年　　月～　　　年　　月（　　年　ヶ月間） | 所属施設名：  所属部署名：  職位： |
| 認定看護分野歴　　　合計　　　　　　　年　　　　ヶ月 | |

**・実務研修の実績と概要**

上記１－２）に記載した期間において担当した認知症者の**事例数（概算）**

**[　　　　　　　　]例**

**※担当した事例とは、継続的・中心的に関わった事例とする。**

（様式５）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**２.認定看護分野「認知症看護」歴におけ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入する。

施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載（2施設以上の場合は様式をコピーして下さい。）

**施設１：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| ①認知症看護分野における患者の年間症例数  　（入院・外来を含む延べ人数） | 約　（　　　　　　　）例/年 |
| ②認知症看護分野における診療（介護）報酬の有無 | 「認知症治療病棟入院料」　　　 有・無  「認知症ケア加算１・２・３」　 有・無  （該当する数字に〇をつける）  「その他（　　　　　　　　）」 有・無 |
| ③認知症看護分野に関する専門外来の有無 | 「認知症専門外来」　　　　　　 有・無 |
| ④認知症看護分野の認定看護師及び認知症看護分野に関連する専門看護師の人数  ※上記該当者がない場合のみ、受験者自身が認知症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。 | 認知症看護認定看護師　　　（　　　）名  老人看護専門看護師　　　　（　　　）名  **※上記該当者がない場合**  実務研修指導者（部署、職位、認知症看護経験年数など） |

**④については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験が5年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。**

**施設２：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| ①認知症看護分野における患者の年間症例数  　（入院・外来を含む延べ人数） | 約　（　　　　　　　）例/年 |
| ②認知症看護分野における診療（介護）報酬の有無 | 「認知症治療病棟入院料」　　 　有・無  「認知症ケア加算１・２・３」 　有・無  （該当する数字に〇をつける）  「その他（　　　　　　　）」　 有・無 |
| ③認知症看護分野に関する専門外来の有無 | 「認知症専門外来」　　　　　 　有・無 |
| ④認知症看護分野の認定看護師及び認知症看護分野に関連する専門看護師の人数  ※上記該当者がない場合のみ、受験者自身が認知症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。 | 認知症看護認定看護師　　　（　　　）名  老人看護専門看護師　　　　（　　　）名  **※上記該当者がない場合**  実務研修指導者（部署、職位、認知症看護経験年数など） |

（様式６）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

**認知症看護の活動実績事例要約**

氏名

看護した期間　　（西暦）　　　　年　　月　　日～（西暦）　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| １　　事例の状　況 |  |
| ２　　アセスメント |  |
| ３  看護上の問題 |  |
| ４  看護の実　践　経　過 |  |
| ５  評　価 |  |

**※様式の改変はしないでください。（記入欄を増やしたり、減らしたりしない）**

（様式７）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

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８）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

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.　 受講審査料の振込金受取書またはご利用明細の写し（コピー可）を貼付してください。 |

（様式９）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

　　　　　（表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和６年度**  **長岡崇徳大学教育センター**  **認知症看護認定看護師教育課程受験票**  　　　　　　　　 写真貼付欄  　　　　　　　　 （4cm×3cm）  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   |  |  | | --- | --- | | **※受験番号** |  | | **出願分野** | 認知症看護 | | **ふりがな** |  | | **氏　　名** |  | | **試験期日**   |  |  | | --- | --- | | 試験日 | 令和 6 年 1 月 20 日（土） | | 12時30分受付 | | 試験  開始 | **１３時００分** | | 会　場 | 長岡崇徳大学看護学部看護学科 |   （注意事項）  １　所定の時刻までに試験会場に入ってください。  　　試験についての日程説明を行います。  　　 試験開始後15分以内の遅刻に限り受験を認めますが  　　試験時間の延長は行いません。  ２　試験当日、事故等により遅れる場合は、ただちに電話  連絡し、指示に従ってください。（0258₋46-6666）  ３　試験時の筆記用具は、鉛筆、シャープペンシル、消しゴム、鉛筆削り、時計（時刻表示のみ）とし、他の携帯品は試験監督の指示に従ってください。 |

**令和６年度**

**長岡崇徳大学教育センター**

**認知症看護認定看護師教育課程写真票**・受験票と写真票は切り離さず、このまま必要

事項を記入し、他の提出書類と一緒に送付し

　　　てください。

　　・履歴書、受験票、写真票は同一の写真を用いること

・この受験票は、試験当日に必ず携帯すること

　　 　　　　　 写真貼付欄

　　　　　　　　 （4cm×3cm）

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

|  |  |
| --- | --- |
| **※受験番号** |  |
| **出願分野** |  |
| **ふりがな** |  |
| **氏　　名** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

（様式10）

**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）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

（様式11）

緊急連絡先

災害などで入学試験の日程に変更が生じた場合に限り、長岡崇徳大学教育センターより受験生の皆様の携帯メールへ通知致します。

（注意事項）

１　携帯メールアドレスが間違っていると連絡が出来ませんので、判読できるように大きく楷書でご記入ください。

２　携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。

３　迷惑メール対策を設定されている方は、　@sutoku-u.ac.jp　を受信可能に設定しておいてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| 現住所 | | 〒　　　　－ |
| 本人 | 電話番号（固定）  電話番号（携帯）  E-mail |  |
| 所属施設 | 施設名  施設所在地  電話番号 | 内線（　　　　　） |
| 本人以外の緊急  １ | 氏名  電話番号（固定）  電話番号（携帯） | 続柄（　　　　　） |
| 本人以外の緊急  ２ | 氏名  電話番号（固定）  電話番号（携帯） | 続柄（　　　　　） |

※アドレス記入に際しての注意事項：数字・英字を記入の際は特にお気を付けて下さい。