

(様式1)

受験番号	※
------	---

入学願書

(西暦) 年 月 日

福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター長 殿

私は、福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター 認定看護師教育課程 (B 課程)
「認知症看護」に入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

フリガナ
氏名 (自署)

印

(西暦) 年 月 日生

現住所 (〒 —)

フリガナ

(都道府県)

TEL : () —

(様式3)

受験番号	※
------	---

志 願 理 由 書

志 願 分 野	認知症看護		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名	⑩		
生 年 月 日	(西暦) 年 月 日生	歳	
志 願 理 由			

受験番号

※

(様式4-1)

実務研修報告書（認知症看護分野）

氏名

1. 実務研修歴（※受験者の経歴を記載する）

(西暦で記入) 1-1) 実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、職位)		
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 職位：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 職位：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 職位：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 職位：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 職位：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 職位：
実務研修歴合計		ヶ月間 ※2023年12月1日現在
1-2) うち認知症看護分野歴		
認定分野の所属部署名には、認知症看護分野歴(消化器内科病棟など)がわかるように記載する。		
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 所属部署名：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 所属部署名：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 所属部署名：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 所属部署名：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 所属部署名：
年 月～ (月間)	年 月	所属施設名： 所属部署名：
認知症看護分野歴合計		ヶ月間 ※2023年12月1日現在

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2カ所とも記載する。

2. 認知症看護分野の実務研修実績および実務研修施設の概要

※最低3年間の認定看護分野における施設の概要について記載する。

※施設が複数の場合(現在勤務している施設にて認定看護師分野歴が3年に満たない場合)、施設ごとに実績を記載する。(この様式をコピーして記載する)

1)	施設名	
2)	様式4-1の1に記した認定看護分野に記載した期間において認知症者の看護を担当した事例数(概算) なお、担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする。	通 算 () 例
3)	認定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)	認知症患者 () 例/年
4)	認定看護分野における診療報酬の有無	1. 認知症病棟入院料 有 ・ 無 2. 精神科身体合併症管理加算 有 ・ 無 3. 退院調整加算 有 ・ 無 4. 退院時共同指導料2 有 ・ 無 5. 精神科リエゾンチーム加算 有 ・ 無 6. 認知症ケア加算(1. 2. 3.) 有 ・ 無 7. その他() 有 ・ 無
5)	認定看護分野に関する専門の部門 (部署・外来・病棟など)の有無	1. 認知症専門外来 有 ・ 無 2. 認知症専門病棟 有 ・ 無
6)	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	1. 認知症看護認定看護師 有()名 ・ 無 2. 老人看護専門看護師 有()名 ・ 無 3. いずれも無の場合： 主に指導をうけた人の職位 ()
		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 教育担当師長、主任など職位を記入(認知症看護分野における経験5年以上を有すること) ・ あるいは施設外の認定看護師・専門看護師からの指導があった場合はその資格名を記載する。 </div>

(様式4-3)

受験番号

※

3. 実務研修の実績概要

【事例1】

I. 実務研修事例

注意) フォント: MS 明朝 フォントサイズ: 10.5 で作成すること。枠のサイズは変更しない。

病名:	年齢:	性別:	職業:
【現疾患・治療概要】	【家族構成】		
	【キーパーソン】		
【生活歴】	【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】

受験番号	※
------	---

注意) フォント: MS 明朝 フォントサイズ: 10.5 で作成。枠のサイズは変更しない。

【看護上の問題】
【看護目標】
【看護計画】
【結果】
【評価】

(様式4-3)

受験番号

※

【事例2】

注意) フォント: MS 明朝 フォントサイズ: 10.5 で作成。枠のサイズは変更しない。

【患者の状況(患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過)】

【看護の要約】

【事例3】

注意) フォント: MS 明朝 フォントサイズ: 10.5 で作成。枠のサイズは変更しない。

【患者の状況(患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過)】

【看護の要約】

【事例 4】

注意) フォント: MS 明朝 フォントサイズ: 10.5 で作成。枠のサイズは変更しない。

【患者の状況(患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過)】

【看護の要約】

【事例 5】

注意) フォント: MS 明朝 フォントサイズ: 10.5 で作成。枠のサイズは変更しない。

【患者の状況(患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過)】

【看護の要約】

(様式5)

受験番号	※
------	---

勤務証明書

氏名

上記の者は当施設において、下記の通り勤務していること／していたことを証明します

(西暦) 2023年 12月 1日現在

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 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～	(西暦) 年 月	年 月	年 月
※合計通算年数				年 月

(※休職期間には産休・育休を含みます。無い場合は「0」と記載)

(※准看護師期間は勤務期間には含みません)

施設名： _____

証明者職位： _____

注) 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。

証明者氏名： _____ 印

施設所在地： _____

電話： _____

(様式 6)

受験番号

※

推 薦 書

(西暦)

年 月 日

福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター長 殿

申請者氏名 : _____

上記の者は、貴センター認定看護師教育課程 (B 課程) 「認知症看護」の教育を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦します。

[推薦理由]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

施設名 :

職位 (名) :

推薦者氏名 :

(自 署)

施設所在地 :

TEL : () —

㊟

*看護部長職の方がご記入ください

受験番号	※
------	---

緊 急 連 絡 先

◆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、福岡国際医療福祉大学 生涯教育センターより皆様の携帯メールへ通知させていただきます。

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、必ず連絡がつく電話番号をご記入ください。

フリガナ	
氏 名	
施 設 名	
携帯メールアドレス (楷書で丁寧に記入)	@
携 帯 電 話 番 号	— —
(携帯電話の無い方) 上記以外で連絡がつく 電話番号	電話番号： — — F A X： — —

注 1) この緊急連絡先の個人情報は入学試験終了後、シュレッダーにかけて破棄いたします。

注 2) 携帯メール設定で、必ず educenter@takagigakuen.ac.jp が受信できるようにして下さい。

出願書類等チェック表

提出書類一式を送付前に様式が揃っているか、不備が無いかをこのチェック表でご確認のうえ書類をご送付ください。このチェック表の提出は不要です。

様式	書 類	チェック内容	チェック
1	入 学 願 書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名は手書きの自署になっているか 	
2	履 歴 書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所属機関は正式名称を記入しているか ・ 現在離職中の場合は「離職中」と明記しているか ・ 学歴は高等学校卒業から記入しているか 	
3	志 願 理 由 書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名は手書きの自署になっているか ・ 捺印はあるか 	
4	実務研修報告書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修期間が 2023 年 12 月 1 日現在で書かれているか ・ 実務研修報告書の内容が洩れなく記入されているか 	
5	勤 務 証 明 書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務証明書の勤務期間が 2023 年 12 月 1 日現在で書かれているか ・ 勤務証明者の捺印はあるか ・ 看護師免許取得後の勤務年数が記入されているか（准看護師期間がある方は勤務証明書の勤務年数に含まれていないか） ・ 複数の施設に勤務している場合、現在の施設から順にさかのぼって勤務証明書をとっているか （※勤務期間の合計が 60 ヶ月以上になるまで） ・ 休職期間（育休・産休等）がある場合は、その期間が明記されているか ・ 訂正の場合は必ず訂正印が押印されているか 	
6	推 薦 書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 推薦者は看護部長職（または同等職）者になっているか ・ 推薦者氏名は自署になっているか ・ 推薦者の捺印はあるか ・ <u>厳封</u>されているか 	
7	緊 急 連 絡 先	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急連絡先を楷書でわかりやすく記入しているか 	
その他	看護師免許証複写 写 真 受験票郵送用封筒	<ul style="list-style-type: none"> ・ A4 サイズに縮小コピーしているか ・ 改正された方：看護師免許証の裏面に登録日が表記されている場合は両面を複写しているか ・ 写真 1 枚（3cm×4cm）を同封しているか ・ 写真の裏に受験者氏名が明記されているか ・ 履歴書、写真票【C 票】に貼付の写真と同じ写真であること （<u>写真は、履歴書、写真票【C 票】貼付分と合わせて 3 枚必要</u>） ・ 住所・氏名を明記した 444 円分（簡易書留料金含む）切手貼付の定形長 3 型封筒（120×235）を同封しているか 	