

(様式1)

※受験番号	
-------	--

# 入 学 願 書

獨協医科大学 SD センター長 殿

私は、獨協医科大学における認知症看護認定看護師教育課程の受験を希望します。  
よって、関係書類を添えて出願します。

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

氏 名 (自署) \_\_\_\_\_ ⑩

生 年 月 日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

現 住 所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (都・道・府・県)

電 話 番 号 (固定) \_\_\_\_\_

(携帯) \_\_\_\_\_

※受験番号欄は記入しない

(様式 2)

※受験番号

# 履 歴 書

(西暦) 年 月 日記入

写真 貼付  
(4cm×3cm)

正面上半身無帽  
最近3カ月以内に撮影したもの

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

★2020年5月25日現在

ふりがな			
現住所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	
E-mail(PC)			
ふりがな		施設概要	
所属施設名 (病棟・部署)	( )	病床数：_____床 看護体制：_____対_____	
設置主体	( )	*「出願書類の記入上の注意」の中の該当番号を記入。	
所属施設住所	〒	TEL	
		内線番号 ( )	
		FAX	
2020年6月以降の予定	勤務継続 ・ 退職 ・ その他( )		
免許取得年月日	(看護師) 西暦 年 月 日	免許番号	号
	(助産師) 西暦 年 月 日	免許番号	号
	(保健師) 西暦 年 月 日	免許番号	号
学 歴 (高等学校卒業時から記入。職歴は記入しない。)			
(西暦)	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
認知症看護およびケアに関連した資格			

※受験番号	
-------	--

(様式 3)

## 実務研修報告書（分野名：認知症看護）

氏名	
----	--

1. 実務研修期間および内容について（※2020年3月末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 (西暦)	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(看護教員としての勤務は看護実践研修期間には含まない)

年	月	～	年	月	期間 (月数)	所属施設名	部署	職位	備考
		～							
		～							
		～							
		～							
		～							
		～							
②合計									

3) 看護実務研修期間の確認

①認定看護分野（36か月以上）	②認定看護分野以外	①+②（60か月以上）
か月	か月	か月

「1-1）認定看護分野における看護実務研修期間」において、 認定看護分野に関連する症例を担当した事例数（通算）	例
--	---

※教育機関チェック欄

認定看護師教育課程は、実務研修に関する要件を満たしているか入学選抜時に審査する。

免許取得後、実務研修が通算5年以上あること（上記3より）。

うち3年以上は認定看護分野の実務研修の実績があること（上記1より）

「特定看護分野の実務研修内容の基準」の詳細は、以下 URL より参照する。

[http://ninte.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2016/04/CN\\_jitumu\\_kijun2016.pdf](http://ninte.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2016/04/CN_jitumu_kijun2016.pdf)

(様式 4)

※受験番号	
-------	--

# 勤 務 証 明 書

氏 名	
-----	--

1. 上記の者は当施設において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

常勤 勤務期間	勤務期間	休職期間(月数)	常勤 勤務月数
	(西暦) 年 月～	か月	か月
	年 月迄		
非常勤 勤務期間	勤務期間	休職期間	非常勤 勤務月数
	(西暦) 年 月～	か月	※ か月
	年 月迄		
	※月単位の勤務時間数( )時間 (○時間/日×○日数)		
※勤務形態が非常勤の場合、150時間(7.5時間/日×20日)の勤務時間を1か月分として 換算し、勤務月数を割り出す			
合計 勤務月数			か月

2. 所属した部署の名称と具体的な特徴・実績月数

所属部署	期 間 (西暦)	月数	具体的な特徴・認知症者の割合
	年 月～ 年 月		

上記の通り相違ないことを証明します。

西暦 年 月 日

施設所在地：

施 設 名：

電 話 番 号：

職位名※：

氏 名：

印

※施設長または看護部門の長が発行すること。

(様式 5)

※受験番号

# 推 薦 書

氏 名

< 推薦理由 >

所属名 \_\_\_\_\_

職 位 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(様式 6)

※受験番号	
-------	--

## 志望理由書

氏名	
----	--

--



※受験番号	
-------	--

氏名	
----	--

[看護目標]

[看護計画]

[実施]

[評価]



(様式 7-2)

※受験番号	
-------	--

## 看護事例要約書 (4 事例)

氏名	
----	--

患者プロフィール (疾患・治療・経過)	看護の実際
【事例A】	
【事例B】	
【事例C】	
【事例D】	

## 緊急連絡先

氏 名		
現 住 所		〒
本人	自宅電話番号	
	携帯電話番号	
	FAX	
	E-mail (PC)	
	E-mail (携帯)	
所属 施設	施 設 名	
	施設所在地	
	電 話 番 号	内線 ( )
本人 以外 緊急 1	氏 名	続柄 ( )
	電 話 番 号 (固定)	
	電 話 番 号 (携帯)	
本人 以外 緊急 2	氏 名	続柄 ( )
	電 話 番 号 (固定)	
	電 話 番 号 (携帯)	

本人以外の緊急連絡先は 2 箇所記入してください。

2020 年度  
獨協医科大学SDセンター  
認知症看護認定看護師教育課程

## 受験票

※受験番号	
ふりがな	
氏 名	

写真 貼付  
(4cm×3cm)  
・正面上半身  
無帽最近3カ  
月以内に撮影  
したもの  
・入学願書と同  
一のものとする

受験票は、試験中常に机上に置いてください。

## 試験期日

試験日	2020年3月23日(月) 午前8時30分 受付開始
集合時間	午前9時00分
会場	獨協医科大学 教育医療棟7階 シミュレーション講義室2

### (注意事項)

- 1 午前9時までに試験会場に入ってください。  
午前9時40分までの入室は認めますが、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、すみやかに電話連絡し、指示に従ってください。  
(電話 0282-87-2494 SDセンター)
- 3 携帯電話、PHS、小型音楽プレーヤー等は、試験中利用できません。
- 4 試験時の筆記用具は、鉛筆・シャープペンシル  
(HB以上の濃さのもの)、消しゴム、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。

2020 年度  
獨協医科大学SDセンター  
認知症看護認定看護師教育課程

## 写真票

※受験番号	
ふりがな	
氏 名	

写真 貼付  
(4cm×3cm)  
・正面上半身  
無帽最近3カ  
月以内に撮影  
したもの  
・入学願書と同  
一のものとする

※受験番号欄は記入しないでください。

※履歴書・受験票・写真票の写真については、同一のものを貼付してください。

※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。

※受験番号	
-------	--

氏名	
----	--

## 入学検定料「振込金受領証」コピー貼付書

(注意事項)

- 1 銀行等金融機関に備え付けの「振込依頼書」に必要事項を記入の上、入学検定料 50,000 円を受験者本人名義で振り込んでください。(ATMは利用しないでください。)
- 2 振込後、受け取った「振込金受領証」のコピーを枠内に貼り付けてください。  
※必ず、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。

(貼付欄) この枠内にはがれないようにのり付けすること。

### 宛名ラベル (合否結果送付用)

- ・郵便が確実に届くように、マンション名等も必ず正確に記入してください。
- ・パソコン入力可。 ※受験番号は記載しないこと。

〒	
住所 :	
氏名 :	様
※受験番号	

(様式 11)

※受験番号	
-------	--

氏名	
----	--

## 特定行為研修の実習協力施設の確認

特定行為研修(栄養および水分に係る薬剤投与関連及び精神および神経症状に係る薬剤投与関連)の実習については、教科目の時間数以外に実際の患者に対する実技を5症例以上経験する必要があります。特定看護師として所属施設で実習することで、今後の特定行為実践が円滑に進められるため、獨協医科大学の実習協力施設をお願いしたいと考えています。

実習協力施設として、特定行為実践の実習が可能であるか、以下の内容について確認をお願い致します。

所属施設名		床数( )床	
〈区分〉栄養および水分に係る薬剤投与関連			
指導者(医師) ※臨床経験7年目以上および指導医講習会の受講経験があること		有 ・ 無 ( 人)	
前年度年間症例数	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整(概数)		例
	脱水症状に対する輸液による補正(概数)		例
〈区分〉精神および神経症状に係る薬剤投与関連			
指導者(医師) ※臨床経験7年目以上および指導医講習会の受講経験があること		有 ・ 無 ( 人)	
前年度年間症例数	抗けいれん剤の臨時投与(概数)		例
	抗精神病薬の臨時投与(概数)		例
	抗不安薬の臨時投与(概数)		例
共通して必要な事項			
演習・シミュレーションが可能な部屋		有 ・ 無 ( m <sup>2</sup> )	
安全管理に関する組織の主な構成員	医師あるいは歯科医師(必須) 1名	有 ・ 無	
	看護師・薬剤師・その他いずれか1名	有 ・ 無	
実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書		有 ・ 無	
実習に係る患者の相談に応じる責任者 職種( )		有 ・ 無	