

(様式2-1) ※記載例 (認知症看護)

※ 受験番号

履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

写真貼付 (4cm×3cm) 1 最近3カ月以内に 撮影したもの 2 写真裏面に氏名を記入

ふりがな		男・女
氏名		印
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	

ふりがな			
現住所	〒 都道府県から記入		
TEL	携帯電話		
E-mail			
ふりがな			
所属機関名	正式名称を記入		
所属機関住所	〒 都道府県から記入		
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	山梨県立〇〇高等学校卒業		
年 月	〇〇学園看護専門学校入学		
年 月	〇〇学園看護専門学校卒業		
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			
・ 〇〇県主催 認知症高齢者対策研修受講 ・ 〇〇学会 認知症患者ケアセミナー受講 など認知症看護に関するものを記入してください。			
所属学会	日本老年看護学会、日本認知症ケア学会 など		

(様式2-2)

※ 受験番号

実務研修報告書(分野名:認知症看護)

1. 実務研修施設

2022年12月末日現在

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) 2000年4月～2003年12月(3年9ヶ月間)	所属施設名: △△法人△△会△△病院 職位: スタッフナース
2004年4月～2009年 3月(5年 ヶ月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 職位: スタッフナース
2009年4月～2022年12月(13年9ヶ月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 職位: 主任
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 22年 6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) 2003年4月～2003年12月(年9ヶ月間)	所属施設名: △△法人△△会△△病院 所属部署名: 内科病棟(認知症患者が■%を占める) 職位: スタッフナース
2004年4月～2009年 3月(5年 ヶ月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 所属部署名: 神経内科病棟(認知症患者が■%を占める) 職位: スタッフナース
2009年4月～2022年12月(13年9ヶ月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 所属部署名: 神経内科病棟(認知症患者が■%を占める) 職位: 主任
認定看護分野歴 合計 19年 6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患者の事例数(概算)

[30]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。

※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（ △△法人△△会△△病院 ）

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 (20) 例/年
②認知症看護分野における診療報酬の有無	「認知症病棟入院料」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「認知症ケア加算 1」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「認知症ケア加算 2」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「認知症ケア加算 3」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「退院支援加算」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「退院時共同指導料 2」 有・ <input checked="" type="radio"/> 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」 <input checked="" type="radio"/> 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 ※上記該当者がいない場合のみ、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 (0) 名 老人看護専門看護師 (0) 名 ※上記該当者がいない場合 実務研修指導者（部署、職位、認知症看護経験年数など） 教育担当師長、認知症看護分野における経験 5 年以上を有する師長

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、あるいは施設外に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（ ○○法人○○会○○病院 ）

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 (100) 例/年
②認知症看護分野における診療報酬の有無	「認知症病棟入院料」 <input checked="" type="radio"/> 有・無 「認知症ケア加算 1」 <input checked="" type="radio"/> 有・無 「認知症ケア加算 2」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「認知症ケア加算 3」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「退院支援加算」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「退院時共同指導料 2」 有・ <input checked="" type="radio"/> 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」 <input checked="" type="radio"/> 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 ※上記該当者がいない場合のみ、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 (1) 名 老人看護専門看護師 (0) 名 ※上記該当者がいない場合 実務研修指導者（部署、職位、認知症看護経験年数など）

(様式3)

※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) 2004 年 4 月 1 日から

(西暦) 2022 年 12 月 31 日まで 現在在職中
(在籍年数 18 年 9 ヶ月)

勤務形態 (常勤)・非常勤 1 日 8 時間で週 5 日勤務

2 勤務した部署の具体的な特徴・経験年数

神経内科病棟 (認知症患者が■%を占める) 18年9カ月

上記のとおり相違ないことを証明します。

(西暦) 2023年 1月 10日

施設名 ○○法人○○会○○病院

所在地 -----

施設長名 院長

印