

(様式 1)

精神科認定看護師受講資格審査出願書

*協会記入欄

受験番号

受付日

日本精神科看護協会 会長 殿

私は、精神科認定看護師教育課程を受講するために
受講資格審査に出願をいたします。

写真をはる位置

6か月以内に
撮影したカラー写真

1. 縦 40mm 横 30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

年 月 日現在

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 () 才
出願者氏名	(自筆署名)		会員種別	会員番号 () ・ 非会員
看護師 免許証	登録年月日 年 月 日		登録番号	
学 歴	年 月		高等学校 卒業	
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
職 歴	勤務期間		施設名	
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	合 計		年 月	
コースの 選 択	志望するコースに○印をつけて下さい。 8ヵ月コース ・ 2年コース			
所属施設名				
所属施設 住 所	〒	連絡先 (施設・自宅・携帯) TEL ()		
結果通知先 住 所	(施設・自宅) 〒			

(様式2-1)

受講資格審査 出願者勤務状況証明書

出願者氏名	
-------	--

上記の受講資格審査の出願者について、下記の内容に関してご回答いただきますようお願い申し上げます。
なお、記載は直属の上司とし、記載者により厳封をお願いいたします。

勤務施設名						
看護 実務 経験	精神科 関連	勤務期間		年数	診療科名・部門の特性	雇用形態
		自 年 月	年		常 勤	
	至 年 月	力月		非常勤		
	他 科	自 年 月	年		常 勤	
		至 年 月	力月		非常勤	
	他 科	自 年 月	年		常 勤	
至 年 月		力月		非常勤		
合 計	年 力月		(精神科看護の実務経験年数 年 力月)			
活動 実績	看護 実践力					
	役 割					
	指導力					

上記に相違ありません。

年 月 日

施設名

記載責任者 役職名

氏 名

Ⓔ

(自筆署名または押印)

* 直属の上司により記載し、記載者により厳封すること (開封無効)。

(様式2-2)

精神科看護実践事例報告書

あなたが直近の1年間にかかわった多様な課題をもつ対象者（1名）に実践した看護を下記に記載して下さい。ただし、精神科以外に勤務している場合は、直近の1年間に限定しません。記載にあたっては対象者の個人情報の保護に配慮してください。

出願者氏名	(自筆署名)
実践を行った施設名	
実践期間	年 月 ~ 年 月
看護過程の展開	
ケースの概要	
アセスメント	
看護上の問題	
看護計画	
実施 (実践内容)	
評価 (実施の結果)	