

(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			生年月日	年 月 日 () 才
出願者氏名	(自筆署名)		男・女	会員種別
看護師免許証	登録年月日		登録番号	
	年 月 日			
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			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	合計		年 九月	
共通科目の履修免除申請		<input type="checkbox"/> 希望する (特定行為研修修了証のコピーを提出) <input type="checkbox"/> 希望しない		
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常勤用

受講資格審査 出願者勤務状況証明書

出願者が記載

出願者氏名				
勤務施設名 (施設ごとに作成)				
看護 実務 経験	精神科 関連	勤務期間(常勤)	年数	診療科名・部門の特性
		年 月 ~ 年 月	年 力月	
		年 月 ~ 年 月	年 力月	
	他科	年 月 ~ 年 月	年 力月	
		年 月 ~ 年 月	年 力月	
		年 月 ~ 年 月	年 力月	
	合計	年 力月	(精神科看護の実務経験年数 年 力月)	

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。

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

印

(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非常勤用

受講資格審査 出願者勤務状況証明書

出願者が記載

出願者氏名					
勤務施設名 (施設ごとに作成)					
看護 実務 経験	精神科 連 関	勤務期間(非常勤)	年 月 ~ 年 月		
		A 1か月あたりの 勤務時間数	時間/月	B 実年数 月	
		C 常勤換算年数(月)	月	常勤換算の方法 $A \times B \div 150 \text{時間} = C$	
		診療科名・部門の特性			
	他 科	勤務期間(非常勤)	年 月 ~ 年 月		
		A 1か月あたりの 勤務時間数	時間/月	B 実年数 月	
		C 常勤換算年数(月)	月	常勤換算の方法 $A \times B \div 150 \text{時間} = C$	
		診療科名・部門の特性			
常勤換算 年数の合計	年 月 (精神科看護の実務経験年数 年 月)				

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。

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3)

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	
看護診断または健康上の課題	
看護計画	
実施 (実践内容)	
評価 (実施の結果)	