（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 |
|  |
| 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 |

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。

　　年　　月　　日現在　　※西暦で記載

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | | 男  ・  女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　）才 | |
| 出願者氏名 | （自筆署名） | | 入会状況 | 会員番号（　　　　）・非会員 | |
| 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（正式名称） | | | |
| 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 | |  | | | |
| 年　　月　～　　年　　月 | |  | | | |
| 合　計 | | 年　　　　　カ月 | | | |
| 共通科目の履修免除申請 | | □希望する（特定行為研修修了証のコピーを提出）  □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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※西暦で記載

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  　カ月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 | 年  　カ月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 | 年  　カ月 |  |
| 他科 | 年　　月　～　　年　　月 | 年  　カ月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 | 年  　カ月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 | 年  　カ月 |  |
| 合計 | 年　　　カ月　　　（精神科看護の実務経験年数　　　年　　　カ月） | | | |

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※西暦で記載

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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(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 × B ÷　150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 × B ÷　150時間　= C | |
| 診療科名・部門の特性 |  | | |
| 常勤換算  年数の合計 | 年　　　カ月　　　（精神科看護の実務経験年数　　　年　　　カ月） | | | | |

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 | ※この欄のみ西暦で記載  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） |  |

（様式4）

特定行為研修　修了見込証明書

日本精神科看護協会　会長　殿

　以下の通り、特定行為研修の修了見込みであることについて証明する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　）才 |
| 氏　　　　名 |  |
| 修了見込  年月日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | |

年　　　　月　　　　日

指定研修機関番号

指定研修機関名

記載責任者　役職名

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自筆署名または押印）