

(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 ※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<br>年 月 日   |                           | 登録番号 |                |
| 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  |                           |      |                |
|             | 合計   | 年 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)<br><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)<br>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<br>(施設ごとに作成) |           |           |                     |            |
| 看護<br>実務<br>経験     | 精神科<br>関連 | 勤務期間(常勤)  | 年数                  | 診療科名・部門の特性 |
|                    |           | 年 月 ~ 年 月 | 年<br>力月             |            |
|                    |           | 年 月 ~ 年 月 | 年<br>力月             |            |
|                    | 他科        | 年 月 ~ 年 月 | 年<br>力月             |            |
|                    |           | 年 月 ~ 年 月 | 年<br>力月             |            |
|                    |           | 年 月 ~ 年 月 | 年<br>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<br>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

※西暦で記載

|                    |                        |                    |           |  |   |
|--------------------|------------------------|--------------------|-----------|--|---|
| 出願者氏名              |                        |                    |           |  |   |
| 勤務施設名<br>(施設ごとに作成) |                        |                    |           |  |   |
| 看護<br>実務<br>経験     | 精神科連<br>関              | 勤務期間(非常勤)          | 年 月 ~ 年 月 |  |   |
|                    |                        | A 1か月あたりの<br>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<br>$A \times B \div 150 \text{時間} = C$ |   |
|                    |                        | 診療科名・部門の特性         |           |  |   |
|                    | 他<br>科                 | 勤務期間(非常勤)          | 年 月 ~ 年 月 |  |   |
|                    |                        | A 1か月あたりの<br>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<br>$A \times B \div 150 \text{時間} = C$ |   |
|                    |                        | 診療科名・部門の特性         |           |  |   |
| 常勤換算<br>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<br>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<br>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<br>(実践内容)  |                          |
| 評価<br>(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<br>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)

印