

公益社団法人愛知県看護協会

摂食嚥下障害看護(B課程)認定看護師教育課程

受講試験提出書類一式

記入見本


受講試験提出書類は各様式ごとに「記入見本」を参照し作成してください。
記載内容及び送付書類に不備がある場合は受理できないこともあるため、
記入間違い、記入漏れ、不備がないように十分に注意してください

受講願書


公益社団法人 愛知県看護協会
認定看護師教育課程長 様

私は、公益社団法人愛知県看護協会で実施される認定看護師教育課程
摂食嚥下障害看護（B課程）に受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

ふりがな  **ふりがなを忘れずに記入する**
現住所 **都道府県から記入する**
(〒 -)

TEL

**必ず自署で記入
ふりがなも忘れずに**
ふりがな 
氏名（自署）

西暦 年 月 日生

(様式3-嚙下)

実務研修報告書

(※実務研修とは、看護実務経験を意味する)

1. 実務 (※受験者の経歴を記載する)

・看護師免許取得日から記載してください。

・「実務研修」とは、看護師免許取得日からの看護実務経験を意味します。

(西暦で記す)	
1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位：1 看護部長相当 2 副部長または部署の責任者相当 3 主任相当 4 スタッフ 5 その他 いずれかに○印)	
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名：○○市立○○病院 所属部署名：内科病棟 職位：1・2・3・ <u>4</u> ・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名：○○市立○○病院 所属部署名：脳神経外科 職位：1・2・3・ <u>4</u> ・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名：○○総合病院 所属部署名：回復期リハビリテーション病棟 職位：1・2・3・ <u>4</u> ・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： ・施設名は正式名称を記入してください。 ・施設名が変更になった場合は旧名称を()で記入してください。 ・職位が変わった場合は新たに記載してください。
年 月～ 年 月 (か月間)	職位：1・2・3・4・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	職位：1・2・3・4・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	職位：1・2・3・4・5 ()
か月間 (年 か月) ※2024年10月31日現在 または部署の責任者相当 3 主任相当 4 スタッフ 5 その他 いずれかに○印)	
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名：○○市立○○病院 所属部署名：脳神経外科 摂食嚙下障害患者担当事例 10 例 職位：1・2・3・ <u>4</u> ・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名：○○総合病院 所属部署名：回復期リハビリテーション病棟 摂食嚙下障害患者担当事例 10 例 職位：1・2・3・ <u>4</u> ・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 職位：1・2・3・4・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	職位：1・2・3・4・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	職位：1・2・3・4・5 ()
年 月～ 年 月 (か月間)	職位：1・2・3・4・5 ()
認定看護分野歴合計 か月間 (年 か月) ※2024年10月31日現在	

・看護師免許取得日から2024年10月31日時点での期間を記入してください。計算間違いのないように必ず確認をしてください。
・受験の要件を満たすには通算60か月以上であることが必要です。
・非常勤での勤務期間は150時間を「1か月」として換算してください

・摂食嚙下障害看護分野での実務研修に該当していることがわかるように必要に応じて部署の詳細を追記する。担当事例数とは継続的・中心的に関わった数のことです。

・認定看護分野での実務研修(看護実務経験を意味する)は通算3年以上であり、2024年10月31日時点で通算36か月以上であることが受験の要件です。

注) 合計欄は、1-1)、1-2)2か所とも記載する

2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記載する)

- 1-2) 認定看護分野歴で記載した期間に、認定看護分野に関連して担当した事例数 (概算)

通算 (20) 例

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関

・認定看護分野歴で記載した期間中に担当した事例の合計数を記載してください

3. 認定看護分野歴における実務研修施設 概要

※最低3年間の認定看護分野歴における 施設の実績 について記載する

施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する (様式をコピーして記載する)

3-1) 施設名	〇〇市立〇〇病院
3-2) 認定看護分野に関する患者の年間症例数	150 例/年
3-3) 認定看護分野における診療報酬の有無	1. 摂食機能療法: 有 ・ 無 2. 摂食嚥下機能回復体制加算: 有 ・ 無 3. 栄養サポートチーム加算: 有 ・ 無
3-4) 認定看護分野に関する専門の部門 (部署・外来・病棟等) の有無とその名称	1. 摂食嚥下障害に関する部門: 有 (摂食嚥下チーム) ・ 無 2. 摂食嚥下障害に関する専門外来: 有 () ・ 無 3. 血管障害、神経・筋疾患の患者を対象として病棟: 有 (脳血管センター、神経内科病棟) ・ 無
3-5) 認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数	1. 摂食・嚥下障害看護認定看護師 (A 課程) 有 (1 名) ・ 無 2. 摂食嚥下障害看護認定看護師 (B 課程) 有 (名) 無 3. 上記が無の場合 実務研修指導者の職位・保有資格・経験を記載 例) 摂食嚥下障害看護を 5 年以上経験している脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 例) 摂食嚥下障害看護分野における経験 5 年以上を有する教育担当主任

※3-5)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の 5 年以上あるものから指導を受けたことを記載するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記載する。

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

【教育機関チェック欄】

- 看護師免許取得後、通算 5 年以上実務研修をしていること (必須要件)
- うち通算 3 年以上、摂食嚥下障害患者の多い病棟および外来、または在宅領域で実務研修していること (必須要件)
- 摂食嚥下障害患者の看護を 5 例以上担当していること (必須要件)
- 現在、摂食嚥下障害患者の看護に携わっていることが望ましい (望ましい要件)

(様式 4)

通算5年以上の看護師としての勤務を証明するものです。
これまで勤務した施設で通算5年以上の勤務実績がある施設の場合は、いずれか1か所で勤務証明書を
作成してください。
勤務実績が通算5年に満たない場合は、勤務実績の合計が5年以上となるように2か所以上の施設の証
明が必要です。

勤 務 証 明 書

西暦 年 月 日

氏 名 :

・証明する期間は 2024 年 10 月 31 日
まで記入してください

・常勤であっても、産休・育休・介護休暇期
間は休職期間として記載し通算勤務期間
に含めないでください。

1. 在職期間

上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／した

常勤勤務 期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 年 月 から	(西暦) 年 月 迄		
	年 月 から	年 月 迄	年 月 から	年 月 迄
非常勤勤務 期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期 間
	(西暦) 年 月 から	(西暦) 年 月 迄		
	年 月 から	年 月 迄	年 月 から	年 月 迄
合計通算年数				年 月 迄

※勤務形態が非常勤の場合、150 時間の勤務時間を実務研修 1 か月分として換算し、勤務月数を
割り出す。

・非常勤として勤務の期間は「実質勤務時間 150 時間」を
1 か月相当として勤務月数を算出してください。

2. 所属した部署の具体的な特徴・実務年数

【例】脳神経外科病棟(摂食嚥下障害患者 50 例／年間)に常勤として 9 年 7 か月間勤務

上記 1、2 に関する内容を証明致します。

機 関（ 施 設 ） 名 :

所 在 地 :

(TEL)

職 位 :

氏 名 :

印

勤務証明書の署名は所属施設の管理者また
は、看護部門の長が記載してください

*所属施設の管理者あるいは看護部門の長

事例報告書

No	事例の概要	実施した看護実践
1		
2	<p>・ 様式 5 はパソコンで作成してください</p> <p>・ 記載枠や文字の大きさの変更は構いませんが必ず、A4 用紙 1 枚に納まるように記載してください。</p> <p>・ これまでの実務研修期間中に担当した摂食嚥下障害患者 5 事例について事例の概要と看護実践内容を簡潔に記載してください。</p>	
3		
4		
5		

(様式6)

公益社団法人愛知県看護協会
認定看護師教育課程

写真票		※ 受験番号	※何も記載しない
		ふりがな ふりがなを忘れずに記入する	
氏名			
受験する 教育課程	摂食嚥下障害看護 (B課程)		
所属施設		写真貼付 (4.5×3.5cm) 裏面に氏名を記入し、 貼付してください。	
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

公益社団法人愛知県看護協会
認定看護師教育課程

受験票		※ 受験番号	※何も記載しない
		ふりがな ふりがなを忘れずに記入する	
氏名			
受験する 教育課程	摂食嚥下障害看護 (B課程)		
所属施設		写真貼付 (4.5×3.5cm) 裏面に氏名を記入し、 貼付してください。	
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

受講検定料
振込明細書貼付欄
(コピー可)

貼付
