

# 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

- (1) 受講願書(様式1)
  - (2) 履歴書(様式2)
  - (3) 実務研修報告書(様式3)
  - (4) 勤務証明書(様式4:所属施設の管理者あるいは看護部門の長の職位の方が記入)
  - (5) 事例報告書(様式5)
  - (6) 写真票、受験票、受講検定料振込明細書貼付欄(様式6)
- \* (1)～(6)※の受験番号欄には記入しないこと
- \* 上記指定様式の他に以下を添付すること
- (7) 看護師免許証の写し(A4版縮小コピー)1部
  - (8) 受験票返信用封筒(レターパックプラス赤色)

記入上の注意事項は、公益社団法人愛知県看護協会ホームページ(<https://www.aichi-kangokyokai.or.jp/>)摂食嚥下障害看護の受講者募集のページの「記入にあたって」をご参照ください。  
書類に不備がある場合は受理できないこともあるためご注意ください。

記入いただいた個人情報は、受講試験資格要件の確認、および応募状況の統計処理のために利用いたします。

## 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開催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

現住所

(〒 \_\_\_\_\_ )

TEL

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. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記載する)

(西暦で記入)	
<b>1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名</b> (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： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
合 計	か月間 ( 年 か月) ※2024年10月31日現在
<b>1-2) うち認定看護分野歴</b> (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： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 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

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 ( ) 例

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

## 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	
3-2) 認定看護分野に関する患者の年間症例数	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 ( ) ・ 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 ( ) ・ 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 ( 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

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)

# 勤 務 証 明 書

西暦 年 月 日

氏 名 : \_\_\_\_\_

## 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 か月	年 か月
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 か月	年 か月
合計通算年数				年 か月

※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。

## 2. 所属した部署の具体的な特徴・実務年数

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

\*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		
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	
ふりがな			
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	
ふりがな			
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
----