

2018(平成30)年度福岡県立大学認定看護師教育課程入学志願票

フリガナ		男 ・ 女	受験番号
氏名			※
生年月日	西暦 年 月 日		
志願者 住所・TEL	〒 TEL		
緊急時 連絡先 氏名・住所・TEL	氏名 〒 TEL		
年 月	履 歴 事 項		
	<small>高等学校卒業から記入すること。職歴も含む。記入できないときはA4サイズの罫紙を追加して記入すること。</small>		
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			

※印欄は記入しないこと

2018(平成30)年度福岡県立大学認定看護師教育課程入学試験

写真票	写真貼付欄	フリガナ		受験番号		
		氏名		※		
		生年月日	西暦	年	月	日
		出願3ヶ月以内に撮影したもの				

※印欄は記入しないこと

2018(平成30)年度福岡県立大学認定看護師教育課程入学試験

受験票	写真貼付欄	フリガナ		受験番号		
		氏名		※		
		生年月日	西暦	年	月	日
		出願3ヶ月以内に撮影したもの				

※印欄は記入しないこと

2017(平成29)年12月23日(土)

福岡県立大学 看護実践教育 センター	試験科目	配点	時 間	
	専門科目	200	9:30~10:30	60分
	小論文	100	11:00~12:30	90分
	面接	100	13:30~17:00	予定

受験者の心得

1. 試験当日は、この受験票を必ず持参し、受験中は机の上に置いてください。
2. 受験者は、試験開始30分前（9時）までに試験場に到着して試験室を確認してください。
3. 携帯電話・PHS等は試験室に入る前に電源を切ってかばん等にしまってください。
4. 机の上に置けるものは、「受験票」「黒鉛筆（シャープペンシル可）」「消しゴム」「鉛筆削り（電動式不可）」「時計（時計機能だけのもの）」「眼鏡」とします。
5. 遅刻は、試験開始後20分以内であれば受験を認めますが、試験時間の延長は行いません。ただし、面接における遅刻は認めません。
6. 試験開始後1時間以上経過しなければ、試験室から退室できません。

推薦書

申請者氏名 _____

上記の者は、認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦所見】

※受験番号欄は記入しないこと。

上記の記載事項に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

施設名
所在地

証明者職・氏名

印

勤務証明書

フリガナ		生年月日	
氏名		年	月 日
職種	保健師・助産師・看護師 (いずれかに○)		
在職期間	西暦	年	月 日から
	西暦	年	月 日まで
勤務形態	常勤・非常勤 (1日		時間 週 日勤務)
所属部署名		経験年数	年
部署の特徴			
所属部署名		経験年数	年
部署の特徴			
所属部署名		経験年数	年
部署の特徴			

※受験番号欄は記入しないこと。

上記の記載事項に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

施設名

所在地

証明者職・氏名

印

実務研修報告書 糖尿病看護学科

1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記載する)

(西暦で記入) 1-1) 全実務研修期間および実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位)		
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
合 計		か月間 (年 か月) ※2017年10月末日現在
1-2) うち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名、職位) ※所属部署名については、糖尿病看護における分野歴がわかるように記載する		
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
認定看護分野歴合計		か月間 (年 か月) ※2017年10月末日現在

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)

上記 1-2) 認定看護分野歴に記載した期間において、インスリン療法を行なっている糖尿病患者または合併症を持っている糖尿病患者の看護を担当した事例数 (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)

糖尿病看護分野における実績 : 施設名 ()

3-1)糖尿病看護分野における診療報酬算定の有無 ※「無」の場合のみ、糖尿病看護に係る専任の看護師の有無を記載する	1. 糖尿病合併症管理料: 有 ・ 無 2.糖尿病透析予防指導管理料: 有 ・ 無 糖尿病ケアに係る専任の看護師: 有 ・ 無 3. 当該分野に関する専門医または認定医: 有 ・ 無
3-2)糖尿病看護分野に関する専門外来の有無および糖尿病患者の年間外来受診者数 ※年間外来受診者数は専門外来、非専門外来を問わない	1. 外来における糖尿病療養相談: 有 ・ 無 2. 糖尿病患者の年間外来受診者 () 例/年
3-3)糖尿病看護分野の認定看護師および関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が糖尿病看護分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する	1. 糖尿病看護認定看護師: 有 () 名 ・ 無 2. 慢性疾患看護専門看護師: 有 () 名 ・ 無 3. 皮膚・排泄ケア認定看護師: 有 () 名 ・ 無 4. 上記以外の認定看護師、専門看護師: () (分野名称:) 5. (1. 2.が「無」の場合) 実務研修指導者: 例) 実務研修指導者: 教育担当師長、糖尿病看護分野における経験 5 年以上を有する主任等

3-3)※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。

4. 学会および研修会等の業績

認定看護分野歴における実績 4-1) 主な研修内容 (専門領域における研修会等への参加) 4-2) 看護研究業績 (学会および研究会等への発表・学術誌投稿業績など) 4-3) 日本糖尿病療養指導士の資格: 有 ・ 無

5. 志望理由

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

【 入試担当者チェック欄 】

- 免許取得後、通算 5 年以上実務研修をしている（必須要件）。
- 糖尿病患者の多い病棟、または外来等で 3 年以上実務研修をしている（必須要件）。
- 最近 3 年間にインスリン療法を行なっている糖尿病患者または合併症のある糖尿病患者の看護を合わせて 5 例以上担当した実績を有する（必須要件）。
- 現在、糖尿病患者が多い病棟、外来、または在宅ケア領域で勤務している（望ましい要件）。

糖尿病看護事例要約

フリガナ		受験番号
氏名		※

〔注〕最近3年間の事例を記入すること

事例	
年 月 ～ 年 月 (月間)	所属施設名: 職位:
患者プロフィール	
看護実践の経過	

※欄は記入しないこと。

上記の記載事項に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

志願者氏名

〔自筆で署名すること〕