

※受験番号	
-------	--

# 入 学 志 願 書

高崎健康福祉大学長 殿

私は、高崎健康福祉大学における認知症看護認定看護師教育課程の受験を希望します。  
よって、関係書類を添えて出願します。

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

申込書氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

現住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 (固定) \_\_\_\_\_

(携帯) \_\_\_\_\_

※受験番号	
-------	--

# 履 歴 書

<p>写真 貼付 (3cm×4cm)</p> <p>1. 最近3 カ月以内 に撮影したもの 2. 写真裏面に記名</p>
--

(西暦) 年 月 日現在

フリガナ		男・女
氏 名		印
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ		TEL
現住所	〒	携帯電話
フリガナ		施設概要
所属施設名		病床数 : _____ 床 看護体制 : _____ 対 _____
設置主体	( ) * 「出願書類の記入にあたって」の中の該当番号を記入。	
所属施設住所	〒	TEL
所属部署		内線番号 ( ) FAX
免許取得年月日	(保健師) 西暦 年 月 日 (助産師) (看護師) 年 月 日	号 号 号

## 学 歴 (高等学校卒業時から記入。職歴は記入しない。)

(西暦) 年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

認知症看護およびケアに関連した資格、この数年で受講した講演会

--

※受験番号	
-------	--

# 実務研修報告書 (分野名：認知症看護)

氏名： \_\_\_\_\_

1. 実務研修期間および内容について (※教育機関入学までの職歴を記載する。)

1) 認定看護分野における看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間 (月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容
		～							
①合計									

2) 認定看護分野以外での看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間 (月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容
		～							
②合計									

3) 看護実務研修期間の確認

① (36か月以上)	②	①+② (60か月以上)

「1-1) 認定看護分野における看護実務研修期間」において、認定看護分野に関連する症例を担当した事例数 (通算)	
--	--

※教育機関チェック欄  
 認定看護師教育課程は、実務研修に関する要件を満たしているか入学選抜時に審査すること。  
免許取得後、実務研修が通算5年以上あること (上記3より)。  
うち3年以上は認定看護分野の実務研修の実績があること (上記1より)  
 「特定看護分野の実務研修内容の基準」の詳細は、以下 URL よりご参照ください。  
[http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2014/05/CN\\_jitumu\\_kijun2014\\_5.pdf](http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2014/05/CN_jitumu_kijun2014_5.pdf)

※受験番号	
-------	--

# 勤務証明書

記入日 西暦 年 月 日

申請者氏名 : \_\_\_\_\_

1. 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／したことを証明します。

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～	年 月迄	年 月	年 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～	年 月迄	年 月	年 月
合計通算年数				年 月

2. 所属した部署の名称と具体的な特徴・実績月数

所属部署	期間	月数	具体的な特徴・認知症者の割合
	年 月～ 年 月		

上記の通り相違ないことを証明します。

機関（施設）名 :

職位名※ :

氏名 :

印

機関（施設）所在地 :

電話番号 :

※施設長または看護部門の長が発行すること。

(2019:様式 5)

※受験番号	
-------	--

## 志望理由書

氏名	
----	--

--

※受験番号

## 看護事例実績証明・要約（4事例）

氏名

患者プロフィール（疾患・治療・経過）	看護の実際
【事例 No. 1】	
【事例 No. 2】	
【事例 No. 3】	
【事例 No. 4】	



※受験番号	
-------	--

氏名	
----	--

[看護目標]	
[看護計画]	[実施]
[評価]	



2019 年度  
高崎健康福祉大学  
看護実践開発センター  
認定看護師教育課程

## 受験票 (二次)

写真 貼付  
(3cm×4cm)

1. 最近 3 カ月以内に撮影したもの
2. 写真裏面に記名

※受験番号	
ふりがな	
氏 名	

試験期日	
試験日	2019 年 2 月 28 日(木) 午前 8 時 30 分受付開始
試験開始	<b>午前 9 時 00 分</b>
会 場	高崎健康福祉大学 保健医療学部 (5 号館)

(注意事項)

- 所定の時刻までに試験会場に入ってください。試験についての日程説明を行います。
- 試験開始後 20 分以内の遅刻に限り、受験を認めますが、試験時間の延長は行いません。
- 試験当日、事故等により遅れる場合は、直ちに電話連絡し、指示に従ってください。  
(電話 027-352-1291)
- 携帯電話、PHS、小型音楽プレーヤー等は、試験日程中は利用できません。
- 試験時の筆記用具は、鉛筆・シャープペンシル (HB 以上の濃さのもの)、消しゴム、時計 (時刻表示のみ) とし、他の携帯品は試験監督の指示に従ってください。

2019 年度  
高崎健康福祉大学  
看護実践開発センター  
認定看護師教育課程

## 写真票 (二次)

写真 貼付  
(3cm×4cm)

1. 最近 3 カ月以内に撮影したもの
2. 写真裏面に記名

※受験番号	
ふりがな	
氏 名	

※履歴書・受験票・写真票の写真については、同一の写真を貼付してください。

※受験票と写真票は切り離さず、このまま必要事項を記入し、他の提出書類と一緒に送付してください。

## 入学検定料「振込金受取書」貼付書

(注意事項)

- 1 銀行等金融機関に備え付けの「振込依頼書」に必要事項を記入の上、入学検定料 50,000 円を受験者本人名義で振り込んでください。(ATMは利用しないでください。)
- 2 振込後、受け取った「振込金受取書」のコピーを枠内に貼り付けてください。  
※必ず、受付金融機関の日付印が押印されていることを確認してください。  
※原本ではなく、印字が読み取れる状態のコピーを貼りつけてください。(縮小コピー可)  
原本を貼付した場合、一度提出した書類の返却はできません。

(貼付欄)

- ・この枠内にはがれないようにのり付けしてください。
- ・枠より大きい用紙の場合は、枠内におさまるように折り曲げてください。