出願書類

以下様式はExcelでも用意しています。使用しやすい方をどちらかのみ提出してください。

本ファイル以外の様式1～3-2、様式8, 9はExcelファイルのみ出力可能です。様式1～10（10は対象者のみ）まですべての書類が揃っていることを必ず確認の上、郵送してください。

本ファイルには以下の出願書類が含まれています。

様式3-3　実務研修報告書

様式5　 推薦書

様式6　　受験志望理由書

様式7-1 小児プライマリケア事例要約書（１）

様式7-2　小児プライマリケア事例要約書（２）

様式7-3　小児プライマリケア事例要約書（３）

様式10　 実習施設情報（対象者のみ）

記載日20　　年　　月 　日

氏名：

**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（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合）、施設

ごとに実績を記載する（様式をコピーして記載する）

施設名（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| １）小児プライマリケア認定看護師 | **名** |
| ２）小児救急看護認定看護師 | **名** |
| ３）小児看護専門看護師 | **名** |
| ４）特定行為研修　区分名（　　　　　　　　　　　　） | **名** |

**４．認定看護分野歴における実績　※ない場合には“なし”と記載する**

|  |
| --- |
| 1）主な研修内容（専門領域における研修会等への参加） |

|  |
| --- |
| 2）看護研究業績 （学会及び研究会等への発表・学術誌投稿業績など） |

 記入日：西暦　　　年　　月　　日

**推薦書**

済生会横浜市東部病院

人材開発センター長 殿

【推薦者】

所属：

役職：

 氏名：　　　 　　 　　　　　　　㊞

済生会横浜市東部病院人材開発センター認定看護師教育課程　小児プライマリケア分野の受講生として、次の者を推薦いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講志願者氏名 |  |
| 推薦理由 |  |

※推薦にあたり、受講志願者の看護実践能力や期待する役割、認定看護師教育課程修了後の配置予定などをご記入ください。

**受験志望理由書**

記載日20　　年　　月 　日

　　　　　　　　　　　　氏名：

１．下記の内容を踏まえ、受験志望理由を枠内に記載して下さい。

1)当教育課程を志望した動機

2)当教育課程を修了した後の自己の活動計画や展望

3)フォントは11ポイント、変更は不可とする

4)枠内に収まるように記載すること

|  |
| --- |
|  |

　　　　　**小児プライマリケア事例要約書**

　　　　　　　　　　　　記載日20　　年　　月 　日

氏名

* これまであなたが行った継続的・中心的な小児看護や小児の家族看護内容を要約して、全部で５事例記載してください。

症例は枠内に収まるように記載すること。枠およびフォントサイズ（11ポイント）の変更は不可とする。

**症例№1**

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過） |
| 看護の実際（看護上の問題点・評価を含む） |

**症例№2**

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過） |
| 看護の実際（看護上の問題点・評価を含む） |

記載日20　　年　　月 　日

　　　　　　　　　　　　氏名：

**症例№3**

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過） |
| 看護の実際（看護上の問題点・評価を含む） |

**症例№4**

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過） |
| 看護の実際（看護上の問題点・評価を含む） |

**小児プライマリケア事例要約書**

記載日20　　年　　月 　　日

　　　　　　　　　　　　氏名：

**症例No.5**

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療法等） |
|  |
| 看護上の問題点（問題に挙げた根拠も述べること）、看護目標 |
|  |
| 看護の実際（結果・評価を含む） |
|  |

**実習施設情報**

**1．実習が行える施設リスト**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **施　設　名　称** |
| 自施設 | ① |  |
| 実習協力が可能な他施設 | ② |  |
| ③ |  |

**2．受講を希望する特定行為に関する施設情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **区分別科目の名称** | **実習を行う施設**(※上記リストから番号を記入する) | **2か月間で対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入** | **指導者\*がいる場合、****○を記入** |
| 必須 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |  |  |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　※気管カニューレの交換 |  |  |  |

＊指導者とは、臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師のこと