

(様式2 - H)

【記入例】

コース名	緩和ケアコース	受験番号	
------	---------	------	--

写真貼付  
 (4.5 cm × 4.5 cm)  
 1 最近6ヶ月以内に  
 撮影したもの  
 2 写真裏面に氏名を  
 記入

履 歴 書

ふりがな 氏名		性別(女性)
	昭和 年 月 日生 (満 歳)	

現住所	〒 - 都道府県から記入 TEL ( )		
勤務先	ふりがな 名称	正式名称を記入	
	所在地	〒 - TEL ( )	
	職種		職位
免許	(保健師)	昭・平	年 月 日 免許取得
	(助産師)	昭・平	年 月 日 免許取得
	(看護師)	昭・平	年 月 日 免許取得
学歴	学校名(高等学校以上について記入)	卒業年月	修業年限
	埼玉県立 高等学校	昭・平 年 月 日	3年
	学園看護専門学校	昭・平 年 月 日	3年
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格			
緩和ケア講習会 家族ケアセミナー 肺理学療法認定士 など			
所属学会	日本緩和医療学会、日本がん看護学会 など		

裏面もありますので、必ず記入してください。

## 実務研修施設

氏 名

1 - 1) 全実務研修期間および実務研修施設名 (所属施設名、職位)	
平成 12 年 4 月 ~ 15 年 3 月 (36 ヶ月間)	所属施設名: 大学付属 病院 職位: スタッフース
平成 15 年 4 月 ~ 17 年 3 月 (24 ヶ月間)	所属施設名: 法人 会 病院 職位: スタッフース
平成 17 年 4 月 ~ 22 年 9 月 (66 ヶ月間)	所属施設名: 法人 会 病院 職位: 主任
合 計	126 ヶ月間
1 - 2) う ち 認 定 看 護 分 野 歴 (所属施設名、所属部署名、職位)	
平成 14 年 4 月 ~ 15 年 3 月 (12 ヶ月間)	所属施設名: 大学付属 病院 所属部署名: 消化器内科病棟 (左記のように対象者が具体的にわからない場合、対象者の詳細も追記する。 例: 緩和ケアを受ける患者が 70% を占める等) 職位: スタッフース
平成 15 年 4 月 ~ 17 年 3 月 (24 ヶ月間)	所属施設名: 法人 会 病院 所属部署名: 緩和ケア病棟 職位: スタッフース
平成 17 年 4 月 ~ 22 年 9 月 (66 ヶ月間)	所属施設名: 法人 会 病院 所属部署名: 緩和ケア病棟 職位: 主任
合 計	102 ヶ月間

## 認定看護分野における実務研修施設 概要

(緩和ケア)分野における実績 施設名( )

2 - 1) 当該分野に関する患者の年間症例数	(例: 緩和ケアを受ける患者 50 例/年)
2 - 2) 「がん診療連携拠点病院加算」「緩和ケア診療加算」「緩和ケア病棟入院料」の有無	(例: 「がん診療連携拠点病院加算」: 無、「緩和ケア診療加算」: 無、「緩和ケア病棟入院料」: 無緩和ケアチーム設置: 有)
2 - 3) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称	(例: 緩和ケア認定看護師: 無、がん化学療法看護認定看護師: 無、がん性疼痛看護認定看護師: 無、乳がん看護認定看護師: 無、がん専門看護師: 無、 実務研修指導者: 教育担当師長、緩和ケア分野における経験 5 年以上を有する主任等)

## 実務研修の実績 概要

上記 1 - 2) に記載した期間、これまでに緩和ケアを受ける患者の看護 (積極的治療が行われてから死に至るまでを通して) を担当した事例数 (概算): 通算 ( ) 例