

(様式 2 - W)

【記 入 例】

コース名	皮膚・排泄ケアコース	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			
日本ストーマリハビリ講習会 創傷ケアセミナー 日本褥瘡学会認定士 など			
所属学会	日本褥瘡学会、日本ストーマリハビリテーション学会 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: スタッフナース
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: スタッフナース
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: 一般外科病棟 (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: 皮膚・排泄ケアを受ける患者が 70% を占める等) 職位: スタッフナース
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: 消化器外科病棟 職位: スタッフナース
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: 消化器外科病棟 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

(皮膚・排泄ケア)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 (外来患者は含まず)	(例: 創傷ケア 50 例/年・ストーマケア 20 例/年・失禁ケア 20 例/年)
2 - 2) 「重症皮膚潰瘍管理加算」「褥瘡患者管理加算」「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の有無	(例: 「重症皮膚潰瘍管理加算」: 無、「褥瘡患者管理加算」: 無、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」: 無、褥瘡対策に係る専任の看護師: 有)
2 - 3) 当該分野に関する専門外来の有無及び年間外来受診者数	(例: ストーマ外来: 有、褥瘡外来: 無、失禁外来: 無、ストーマ外来受診者 2000 例/年)
2 - 4) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称	(例: 皮膚・排泄ケア認定看護師: 無 実務研修指導者: 教育担当師長、皮膚・排泄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) に記載した期間において、ストーマ造設患者の看護及び創傷または失禁ケア領域の看護を担当した事例数 (概算): ストーマ造設患者 通算 () 例、創傷ケアが必要な患者 通算 () 例、失禁ケアが必要な患者 通算 () 例