

(様式 2 - W)

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 () 昭和 年 月 日生 (満 歳)
-------------	---------------------------

現住所	〒 - TEL ()		
勤 務 先	ふりがな 名 称	〒 - TEL ()	
	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
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		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			
所属学会			

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)	
年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)	
年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)	
年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)	
年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)	
年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)	
合 計	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)	
年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)	
年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)	
年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)	
合 計	ヶ月間

認定看護分野歴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)	
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	
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	
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	

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