

(様式2-1) ※記載例 (緩和ケア)

※ 受験番号

写真貼付
(4.5cm×4.5cm)

- 1 最近3カ月以内にカラーで撮影したもの
- 2 写真裏面に氏名を記入

履 歴 書

(西暦) 2017年 12月 1日現在

ふりがな		男・女
氏 名		印
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	

ふりがな		TEL () —
現住所	〒 都道府県から記入	携帯電話 () —
ふりがな		
所属機関名	正式名称を記入	
所属機関住所	〒 都道府県から記入	TEL () — 所属病棟、内線番号等 ()
免許取得年月日	(看護師) 西暦 年 月 日	号
学歴 (高校卒業から記入)		
西暦 年 月	山梨県立〇〇高等学校卒業	
年 月	〇〇学園看護専門学校入学	
年 月	〇〇学園看護専門学校卒業	
年 月		
年 月		
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		
<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア講習会 ・家族ケアセミナー ・肺理学療法認定士 <p>など緩和ケア分野に関するものを記入してください。</p>		
所属学会	日本緩和医療学会、日本がん看護学会 など	

(様式2-2)

※ 受験番号

実務研修報告書(分野名:緩和ケア)

1. 実務研修施設

2017年12月末日現在

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】	
(西暦) 2000年4月～2005年7月(5年4ヶ月間)	所属施設名: △△大学附属△△△病院 職位: スタッフナース
2006年4月～2009年3月(3年ヶ月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 職位: スタッフナース
2009年4月～2017年12月(8年9ヶ月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 職位: 主任
年 月～ 年 月(年 ヶ月間)	所属施設名: 職位:
年 月～ 年 月(年 ヶ月間)	所属施設名: 職位:
年 月～ 年 月(年 ヶ月間)	所属施設名: 職位:
全実務研修期間 合計 17年 1ヶ月	

1-2) 1のうち認定看護分野歴【所属施設名、所属部署名(対象者の具体を明記する)、職位】	
(西暦) 2003年4月～2004年9月(1年6ヶ月間)	所属施設名: △△大学附属△△△病院 所属部署名: 消化器内科病棟 (緩和ケアを受ける患者が■%を占める) 職位: スタッフナース
2006年4月～2009年3月(3年ヶ月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 所属部署名: 緩和ケア病棟 職位: スタッフナース
2009年4月～2017年12月(8年9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
認定看護分野歴 合計 13年 3ヶ月	

・実務研修の実績と概要

上記1-2)に記載した期間、これまでに緩和ケアを受けた患者の看護を担当した事例数(概算)

[50]例

(様式 2 - 2)

※ 受験番号	
--------	--

2. 認定看護分野「緩和ケア」歴における実務研修施設の概要

※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入する。施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載（2 施設以上の場合、様式をコピーして下さい。）

施設 1 : 施設名 (△△大学附属△△△病院)

①緩和ケア分野における患者の年間症例数 (入院・外来を含む延べ人数)	約 (150) 例/年
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 ※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケアに係るチームの設置の有無を記載する。	「がん診療連携拠点病院加算」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「緩和ケア診療加算」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「緩和ケア病棟入院料」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 ※上記いずれも無の場合 緩和ケアに係るチームの設置 <input checked="" type="radio"/> 有・無
③緩和ケア分野の認定看護師及び緩和ケア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 注) 緩和ケア分野に関連する認定看護師とは、がん化学療法看護・がん性疼痛看護・乳がん看護・がん放射線療法看護です。複数の場合は、合計人数を記載してください。 注) 上記該当者がいない場合のみ、受験者自身が緩和ケア分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	緩和ケア認定看護師 (0) 名 () 認定看護師 (0) 名 がん看護専門看護師 (0) 名 ※上記該当者がいない場合 実務研修指導者 (部署、職位、緩和ケア経験年数など) 教育担当師長、緩和ケア分野における経験 5 年以上を有する師長

施設 2 : 施設名 (○○法人○○会○○病院)

①緩和ケア分野における患者の年間症例数 (入院・外来を含む延べ人数)	約 (50) 例/年
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 ※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケアに係るチームの設置の有無を記載する。	「がん診療連携拠点病院加算」 <input checked="" type="radio"/> 有・無 「緩和ケア診療加算」 <input checked="" type="radio"/> 有・無 「緩和ケア病棟入院料」 <input checked="" type="radio"/> 有・無 ※上記いずれも無の場合 緩和ケアに係るチームの設置 有・無
③緩和ケア分野の認定看護師及び緩和ケア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 注) 緩和ケア分野に関連する認定看護師とは、がん化学療法看護・がん性疼痛看護・乳がん看護・がん放射線療法看護です。複数の場合は、合計人数を記載してください。 注) 上記該当者がいない場合のみ、受験者自身が緩和ケア分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	緩和ケア認定看護師 (1) 名 (がん化学療法看護他) 認定看護師 (2) 名 がん看護専門看護師 (1) 名 ※上記該当者がいない場合 実務研修指導者 (部署、職位、緩和ケア経験年数など)