

(様式1)

受験番号	
------	--

入学願書

藍野大学
キャリア開発・研究センター長 殿

私は、藍野大学キャリア開発・研究センター 認定看護師教育課程（B課程）
「認知症看護」に入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

(西暦) 年 月 日

現住所
〒 —

(電話番号)

氏 名

生年月日 (西暦) 年 月 日 生

(様式 2)

受験番号	
------	--

履歷書

(西曆) 年 月 日現在

写真貼付

(縦4 cm×横3 cm)

写真裏面に氏名を
記入の事

フリガナ		性別
氏名	⑦	男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)	

[illegible]

(様式 3)

受験番号	
------	--

志望理由書

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	(西暦) 年 月 日生	歳	

志望理由	

※1000 字以内で記入してください。

※パソコン・横書きで作成してください。

氏 名：

1. 実務研修施設歴 ※看護職歴を全て記入する。欄が足りない場合はこのページをコピーする。

[illegible]

(様式4)

受験番号

2. 実務研修の実績と概要

認定看護分野に記載した期間において認知症者の看護を継続的・中心的に担当した事例数（概算）	通算 () 例
--	-------------

3. 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。

現在勤務している施設にて認知症看護分野歴が3年に満たない場合、施設ごとに実績を記入する。

（2施設以上の場合は様式をコピーして作成すること）

①	施設名：																			
②	認知症看護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 （ ） 例／年																		
③	認知症看護分野における診療報酬の有無	<table><tr><td>・ 認知症治療病棟入院料</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ 精神科身体合併症管理加算</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ 退院調整加算</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ 退院時共同指導料</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ 精神科リエゾンチーム加算</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ 認知症ケア加算 1</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ 認知症ケア加算 2</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ 認知症ケア加算 3</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ せん妄ハイリスク患者ケア加算</td><td>有 ・ 無</td></tr></table>	・ 認知症治療病棟入院料	有 ・ 無	・ 精神科身体合併症管理加算	有 ・ 無	・ 退院調整加算	有 ・ 無	・ 退院時共同指導料	有 ・ 無	・ 精神科リエゾンチーム加算	有 ・ 無	・ 認知症ケア加算 1	有 ・ 無	・ 認知症ケア加算 2	有 ・ 無	・ 認知症ケア加算 3	有 ・ 無	・ せん妄ハイリスク患者ケア加算	有 ・ 無
・ 認知症治療病棟入院料	有 ・ 無																			
・ 精神科身体合併症管理加算	有 ・ 無																			
・ 退院調整加算	有 ・ 無																			
・ 退院時共同指導料	有 ・ 無																			
・ 精神科リエゾンチーム加算	有 ・ 無																			
・ 認知症ケア加算 1	有 ・ 無																			
・ 認知症ケア加算 2	有 ・ 無																			
・ 認知症ケア加算 3	有 ・ 無																			
・ せん妄ハイリスク患者ケア加算	有 ・ 無																			
④	認知症看護分野に関する専門外来の有無と 名称（部署・外来・病棟など）	<table><tr><td>・ 認知症専門外来</td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td>・ 認知症専門病棟</td><td>有 ・ 無</td></tr></table>	・ 認知症専門外来	有 ・ 無	・ 認知症専門病棟	有 ・ 無														
・ 認知症専門外来	有 ・ 無																			
・ 認知症専門病棟	有 ・ 無																			
⑤	認知症看護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 ※上記該当者がいない場合のみ、受験者自身 が認知症看護分野の実務研修において主に 指導を受けた人の職位を記載する。	<table><tr><td>・ 認知症看護認定看護師</td><td>（ ） 名</td></tr><tr><td>・ 老人看護専門看護師</td><td>（ ） 名</td></tr></table> ※上記該当者がいない場合 職位（ ）	・ 認知症看護認定看護師	（ ） 名	・ 老人看護専門看護師	（ ） 名														
・ 認知症看護認定看護師	（ ） 名																			
・ 老人看護専門看護師	（ ） 名																			

※⑤については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には教育担当師長や主任等で認知症看護分野の経験が5年以上あるものから指導を受けたことを記入すること。

(様式4)

受験番号	
------	--

氏 名 : _____

4. 学会および研修会等の業績

認知症看護分野歴における実績（開催年月、研修名、学会名など）

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（学会等への発表・学術誌投稿業績など）

勤 務 証 明 書

氏名：_____

1. 上記の者は当施設において、下記の通り勤務していること／していたことを証明します

常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間（月数）	常勤 勤務月数
	（西暦）	年 月～	ヶ月	ヶ月
		年 月迄		
非常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間（月数）	常勤 勤務月数
	（西暦）	年 月～	ヶ月	ヶ月
		年 月迄		
	※月単位の勤務時間数（ ）時間（○時間/日×○日数） ＊勤務形態が非常勤の場合、150 時間（7.5 時間/日×20 日）の勤務時間を 1 ヶ月分として換算し、勤務月数を割り出す			
	合計 勤務月数		ヶ月	

(※休職期間には産休・育休を含みます。無い場合は「0」と記載)

(※准看護師期間は勤務期間には含みません)

2. 所属した部署の名称と具体的な特徴・実績月数

所属部署	期間（西暦）	月数	具体的な特徴・認知症の人の割合
	年 月～ 年 月		

上記の通り相違ないことを証明します。

西暦 年 月 日

機関（施設）所在地

機関（施設）名：

電話番号：

職位名：

氏名： 印

※施設長あるいは看護部の長相当の職位の者が発行すること。

※勤務していた施設が複数の場合、必要枚数を作成する。

受験番号	
------	--

推 薦 書

(西暦) 年 月 日

出願者氏名 _____

上記の者は、認知症看護認定看護師教育課程（B課程）の受講者として、専門教育を受ける要件を充たしていると判断し、推薦いたします。

【推薦理由】

所属名 _____

職位 _____

氏名（自署） _____

*看護部長職（または看護部長職に相当する者）の方がご記入ください

認知症看護事例要約

氏名：_____

【事例 1】

I. 事例紹介

病名：	年齢：	性別：	職業：
[現疾患・治療の概要]	[家族構成]		
	[キーパーソン]		
[生活歴]	[本人の病状認識]		
	[家族の病状認識・今後の介護の方向性]		

II. 看護過程

(様式 7)

受験番号	
------	--

氏名：_____

[看護上の問題]
[看護目標]
[看護計画]
[結果]
[評価]

(様式 7)

受験番号	
------	--

氏名：_____

【事例 2】 ※事例 2～5 を 1 枚にまとめる。

[患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）]

[看護の要約]

【事例 3】

[患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）]

[看護の要約]

【事例 4】

[患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）]

[看護の要約]

【事例 5】

[患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）]

[看護の要約]

特定行為研修の実習協力施設の確認

特定行為研修（栄養および水分に係る薬剤投与関連）及び（精神および神経症状に係る薬剤投与関連）の実習については、教科目の時間数以外に実際の患者に対する実技を5症例以上経験する必要があります。

特定看護師として所属施設で実習することで、今後の特定行為実践が円滑に進められるため、本学の実習協力施設をお願いしたいと考えています。実習協力施設として、特定行為実践の実習が可能を確認するため、以下の内容について記載をお願い致します。

確認項目	2ヶ月で自施設に対象となる症例が5例以上ある	自施設に特定行為区分の 臨地実習を行う同意を得 ている医師の指導者がい る ^注
	※該当するものに○をすること	
【区分別科目】栄養および水分管理に係る薬剤投与関連		
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		
脱水症状に対する輸液による補正		
【区分別科目】精神及び神経症状に係る薬剤投与関連		
抗けいれん剤の臨時の投与		
抗精神病薬の臨時の投与		
抗不安薬の臨時の投与		

注：指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有する必要があります。

「同等以上の経験」とは、「7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験（研修医への指導経験）を有する医師が想定されています。

記入者（施設長・所属長相当が記入すること）

所属施設			
氏名		職位	

2027 年度

藍野大学キャリア開発・研究センター
認知症看護認定看護師教育課程（B 課程）

受験票

受験番号	
フリガナ	
氏名	

写真貼付

(縦 4 cm×横 3 cm)

写真裏面に氏名
を記入の事

受験票は、試験中常に机上に置いてください

2027 年度

藍野大学キャリア開発・研究センター
認知症看護認定看護師教育課程（B 課程）

写真票

受験番号	
フリガナ	
氏名	

写真貼付

(縦 4 cm×横 3 cm)

写真裏面に氏名
を記入の事

【注意事項】

- ・ 受験票と写真票は切り離さず、このまま氏名・フリガナを記入し、他の提出書類と一緒に送付してください。
（受験番号欄は空欄にしてください）
- ・ 写真は最近 3 か月以内に撮影したものを貼付してください。
- ・ 上半身脱帽正面向きで撮影してください。
- ・ 履歴書・受験票・写真票は同じ写真を貼付してください。

受験番号	
------	--

入学検定料 銀行振込控え貼付票

【注意事項】 1. 銀行等金融機関から入学検定料 55,000 円を受験者本人名義で振り込んでください。 2. 振込後、受け取った「振込金受領証」や「利用明細」のコピーを枠内に貼り付けてください。 ※必ず、受付金融機関の日付が記載されていることを確認してください。 3. はがれないようにのり付けしてください。
(貼付欄)

出願書類チェックリスト

氏名

- ・出願申請書類の記載不備・不足がある場合、出願申請書類は受理されず、試験を受験できません。提出前に全ての書類の確認をお願いします。
- ・手書きする場合は、必ず消えないボールペンで記入してください。
- ・提出する書類の□欄に✓を付け、本紙も同封してください。

様式	提出書類	確認項目	大学 使用欄
1	入学願書	☐ 氏名は手書きの自署になっている	
2	履歴書	☐ 所属施設は正式名称を記入している ☐ 学歴は高等学校卒業から記入している	
3	志望理由書	☐ 本課程への志望理由を 1000 字以内でパソコンで作成している	
4	実務研修報告書	☐ 研修期間が 2026 年 8 月末日現在で書かれている ☐ 准看護師期間は含めていない ☐ 実務研修の概要は、3 年の認知症看護分野の実務研修歴が施設ごとに記入されている ※ 勤務形態が非常勤の場合、実質勤務時間 150 時間を 1 か月相当として換算すること	
5	勤務証明書	☐ 2026 年 8 月末日までの勤務証明書を用意し、現在施設に在職中の場合は、在職中と記載する ☐ 看護師免許取得後、通算 5 年以上の勤務実績の証明がある ☐ 認知症看護分野で 3 年間以上の勤務実績の証明がある ☐ 認知症者の占める割合の記載がある ☐ 様式 4 の実務研修施設歴と勤務証明書の期間が同じである ※ 現在勤務している施設だけでは 5 年にならない場合、現在の施設から順に遡って勤務証明書を用意すること	
6	推薦書（任意）	☐ 看護部長および看護部長相当の職位の者が作成している ☐ 推薦者氏名は自署になっている	
7	認知症看護事例要約	☐ 【事例 1】2 枚以内、【事例 2～5】1 枚以内で作成している	
8	特定行為研修の実習協力施設の確認	☐ 該当するものに○がついている	
9	受験票・写真票	☐ 履歴書と同じ写真の貼付がある（写真の裏に名前の記入がある） ☐ 氏名・フリガナを記入している	
10	入学検定料銀行振込控え貼付票	☐ 銀行振込の控え（コピー可）を貼付している	
	看護師免許の写し	☐ A4 に縮小コピーしている（白黒可） ☐ 願書の氏名と一致している	
	レターパックライト（青）	☐ 宛先の記入がある（2 つ折り可）	