

「申請フォーム（様式1）」の内容です。
入力項目を事前にご確認いただき、回答をご準備いただけますと、スムーズに申請を行えます。

学会認定；難病看護師 認定資格申請書（様式1）

氏名 ※

氏名(フリガナ) ※

性別 ※

男性 女性

生年月日 ※ 西暦 年 月 日

申請時年齢 ※ 才

住所 ※現住所をご入力ください

郵便番号

都道府県

市町村以降の住所

携帯電話番号（半角） ※

日中、連絡の取れる電話番号をご入力ください

FAX番号（半角）

所属機関名・所属部署名 ※

所属機関名

所属部署名

所属機関所在地 ※

郵便番号

都道府県

市町村以降の住所

所属機関 電話番号（半角） ※

所属機関 FAX番号（半角）

E-mail ※ **会員マイページで登録しているメールアドレスと同じものをご入力ください
こちらのメールアドレスに、自動受付通知が届きます**

一般社団法人日本難病看護学会会員番号（半角）※

入会手続き中の方は半角4桁で「9999」とご入力ください。

一般社団法人日本難病看護学会 会費納入の有無※

済 未納 ※未納の方は会費をお納めください。今年度までの会費を滞りなく納めておられることが条件となります。

看護師免許 取得年月日（半角）※ 西暦 年 月 日 番号

最終学歴※ 卒業

すでに取得済の認定資格

職歴 / 期間（年月で記載） / 備考※

入力例)

①〇〇病院総合内科 / 20〇〇年4月～20〇〇年3月

②●●病院 整形外科 / 20●●年4月～20●●年3月 / 骨・関節系疾患難病領域に該当

③◇◇病院 消化器内科 / 20◇◇年4月～20◇◇年3月 / 消化器系難病領域に該当

④▲▲神経難病医療センター / 20▲▲年4月～20▲▲年3月

⑤□□訪問看護ステーション / 20□□年4月～20□□年3月 / 神経難病患者割合：3割

①は難病実務経験としては、みなされません。②③④⑤は難病実務経験として、みなします。

※本欄は、申請条件「看護師（准看護師を除く）としての実務経験が通算5年以上かつ難病看護領域実務経験が3年以上であること」の審査に必要な項目です。特に、難病看護領域実務経験としてわかるように、職歴の備考欄にご入力ください。難病領域の実践であることがわかれば、割合の数値の程度は問いません。

賞罰の有無※

なし あり（賞罰の内容をご入力ください）

賞罰の内容

郵便物の送り先※

自宅 勤務先

※申請後、上記内容に変更のあった場合は事務局までお知らせください。

実践報告（様式2）ファイルアップロード※

※様式2は、難病看護学会サイトからダウンロードし、入力後、アップロードしてください。

参照... ファイルが選択されていません。

難病看護学会サイト 「申請フォーム（様式1）」ボタン上にある
▶ 実践報告書（様式2）ダウンロードはこちら
よりダウンロードし、必要事項を入力し、事前に準備してください

確認画面へ

※1）送信後の自動返信メールが受信できていれば正常に送信処理が完了しております。

フォーム送信後、10分経っても自動返信が届かない場合

- ・メールアドレスが正しいか確認する
- ・迷惑メールの受信箱および設定を確認する
- ・上記に問題ないようであれば、info@nambyokango.jp にお問い合わせください