

黒のペンまたはボールペンでご記入ください ※修正ペン使用不可

日本フットケア・足病医学会 第14回フットケア指導士認定試験申請書

ふりがな	あ し の	け あ	印	1: 男 2: 女
申請者 氏名	姓 芦 野	名 圭 亜		
生年月日	(西暦) 1980 年 10 月 5 日			
現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県●●市△△区▲▲			
	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	なし
勤務先 施設名	〇〇〇〇〇病院		所属 部署	看護部
勤務先 住所	〒 ×××-×××× 〇〇県●●市△△区▼▼			
	TEL	×××-×××-××××	FAX	×××-×××-××××

押印ください
シャチハタは不可

該当するものに○をつけてください

書類不備がある場合は受理できません
記入漏れのないようご注意ください

出願資格	医療資格名に○をつけてください 医師, (看護師), 准看護師, 薬剤師, 栄養士, 管理栄養士, 理学療法士, 作業療法士, 介護福祉士, 義肢装具士, 臨床検査技師, 診療放射線技師, 臨床工学技士 ※資格取得後、3年以上の実務経験が必要です	
	指導士セミナー修了証番号:	※第12回セミナー受講者のみ修了証番号を記載してください。
	指導士セミナー受講修了日:(西暦)	2025 年 6 月 15 日 ※第13回セミナーもしくは2025年度セ
最終学歴	学校名	〇〇医療大学 看護学科 指導士セミナーの受講が必要です。第12回セミナー受講の場合は修了証番号を、13回もしくは2025年度受講の場合は修了証記載の日付をご記入ください。
	(西暦) 2003 年 3 月 卒業	
主な職歴(フットケア内容に関する事項を中心に記載、パート歴も含む) 2013年4月から 2016年3月まで 〇〇医療大学付属病院勤務 内分泌内科病棟に配属され、主に糖尿病患者の看護に従事する。 フットケアとしては、糖尿病患者のフットアセスメント、スキンケア、爪切りなどを行う。2005年からは病棟内フットケアグループのメンバーとして、糖尿病教室におけるフットケア教育の検討にあたる。 2016年4月から現在 〇〇〇〇〇病院勤務 内科外来に配属され、糖尿病、末梢動脈疾患患者の看護に従事する。 2018年1月よりフットケア外来設立準備に携わり、同10月にフットケア外来開設となる。 フットケア実務経験について 内容をご記入ください フットケア実務経験が必要です		
フットケア実務期間	6 年 8 月間	
本学会の会員歴	4 年 6 月間	会員番号: 〇〇〇〇

施設長の承認が必須です(所属長は不可)

※受験条件として、当学会に4年以上ご入会いただいている必要があります。

勤務先施設長の承認	職 病院長 署名 〇〇 〇〇	公印
施設長の自署が必要です。		公印を押印ください シャチハタは不可