

【フットケア指導士認定試験申請書類 記入上の注意および記入例】

記入しないで  
ください

A 票

日本フットケア・足病医学会 第〇回フットケア指導士認定試験申請書

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

受験番号 ※

ふりがな	あし の		け あ		1 : 男 ② : 女
申請者 氏名	姓	芦 野		名	
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

受験条件 1) に関わる資格を  
ご記入ください

※受験条件 1) 日本国における医師、看護師、准看護師、理学療法士、臨床検査技師、義肢  
装具士、臨床工学技士、介護福祉士、薬剤師、作業療法士、栄養士のいずれかの国家資格  
を有していること(都道府県知事の認める准看護師も含む)

出願資格	医療資格名	看護師免許		免許番号等	第〇〇〇〇〇〇号	
	取得年月日	(西暦) 2003 年 3 月 26 日				
	フットケア指導士認定セミナー修了証番号	第〇〇号				
最終学歴	学校名	〇〇医療大学 看護学科				
		(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)						
2003年4月から 2006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。						
2006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。 2008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。現在は週2回のフットケア外来を担当している。						
フットケア実務期間	6 年 8 月間					
本学会の会員情報	会員歴	3 年 6 月間			会員番号	〇〇〇〇
	日本フットケア学会員で あることが必要です					

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

施設長の承認が必須です (所属長は不可)

施設長の自署が必要です。

勤務先施設長の承認	職	病院長	署名	〇〇 〇〇	公印
-----------	---	-----	----	-------	----

公印を押印ください  
シャチハタは不可

日本フットケア・足病医学会  
第〇回フットケア指導士認定試験写真票

## 写真貼付欄

正面上半身無帽、背景無し、申請3か月以内に撮影したもの

縦 4cm×横 3cm  
(カラー写真)

写真は写真票 **B 票**、受験票 **C 票**とも  
同一のものとし、はがれないように全面にのり付けして貼付する

受験番号	※	記入しないでください
ふりがな	あし の け あ	
氏名	芦 野 圭 亜	該当するものに○をつけてください
性別	1 : 男      ② : 女	

【注】 ※印欄には記入しないでください。

写真は写真票 **B 票**、受験票 **C 票**とも  
同一のものとし、はがれないように全面にのり付けして貼付する

日本フットケア・足病医学会  
第〇回フットケア指導士認定試験受験票

## 写真貼付欄

正面上半身無帽、背景無し、申請3か月以内に撮影したもの

縦 4cm×横 3cm  
(カラー写真)

受験番号	※	記入しないでください
ふりがな	あし の け あ	
氏名	芦 野 圭 亜	該当するものに○をつけてください
性別	1 : 男      ② : 女	

- 【注】 1 ※印欄には記入しないでください。  
2 受験票は合格発表まで紛失しないでください。