

【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
申請者 氏名	姓 芦 野	名 圭 亜	② : 女
生年月日	(西暦) 1980 年 10 月 5 日		押印ください シャチハタは不可
現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県●●市△△区▲▲		該当するものに○を つけてください
	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
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▼▼		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
	TEL	×××-××××-××××	

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	資格取得後、3年以上の実務経験が必要です	
	フットケア指導士認定セミナー修了証番号	第〇〇号	フットケア指導士認定セミナーの受講が必要です	
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。