

2022年度専門看護師(CNS)奨学金助成募集要綱

【専門看護師（CNS）奨学金支給の趣旨】

近年、少子高齢化の急速な進展、急進する医療の高度化・複雑化などを背景に、わが国の保健医療福祉政策・制度が大きな転換期を迎えております。

このような変革に対応するため、看護界においては、看護の質的向上を目指し、看護の専門分化が進行しており、看護系大学大学院修士課程においては、特定の専門看護分野の卓越した看護実践者の育成を目途に、専門看護師（Certified Nurse Specialist：CNS）教育が推進されております。

本財団は、すぐれた専門看護師が一人でも多く誕生することを願って、専門看護師教育課程に在籍し、修学中の者に奨学金を支給する事業を、平成14年度（2002年度）に創設いたしました。

本年も、2021年（令和3年）9月時点で公益社団法人日本看護協会専門看護師制度委員会が特定している次の13専門看護分野について募集いたします。

がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護
急性・重症患者看護、感染症看護、家族支援、在宅看護、遺伝看護、災害看護

奨学金の名称：専門看護師（CNS）奨学金

支給対象者：看護系大学大学院修士課程専門看護師教育課程2年コースの2年次進級予定者で、次の1)・2)を満たしている者。

1) 大学院は、日本看護系大学協議会により専門看護師教育課程の認定を受けた大学院の当該課程に在籍している者。

2) 臨床あるいは地域看護の分野で専門看護師認定を受けられる実務経験を満たせる者。

支給額：年額60万円

支給期間：1年間（4月から翌年3月まで）

支給条件：看護系大学大学院専門看護師教育課程に在籍し修学中の者で、2023年（令和5年）3月に同課程修了後、専門看護師として必ず資格認定を受け、認定された看護専門分野の臨床に2年以上就業することを確約出来る者。

但し、支給条件に反した場合は、奨学金の返還を求めるものとする。

専門看護師(CNS)奨学金助成申込書

年 月 日 提出

公益財団法人木村看護教育振興財団
代表理事 木村 憲 司 殿

貴財団 専門看護師(CNS)奨学金助成を下記により申請いたします。

フリガナ			生年月日		年齢	
氏名		④	西暦	年 月 日	歳	
現住所 (都道府県から記入)	〒					
	※大学院修了後も使用可能な連絡が付きやすいアドレスを記入して下さい					
TEL	FAX		E-mail			
在籍大学院 (大学院名)		大学院 専攻分野 (指導教員名)	()			
在籍専門看護師教育課程	()年コース ・ 修了要件単位数 ()単位			在学年次 ()年次 在学中		
大学院 所在地 (都道府県から記入)	〒		目的とする専門看護師			
TEL	FAX		専門看護師			
看護師・助産師・保健師の実務経験年数	年 月		※休職期間は除いて記入すること ※下記就業年数の合計と一致すること			
就学前 就業施設名		所在地 (都道府県から記入)	〒			
現在の就業状況 (いずれかに○)	退職 ・ 休職 ・ 非常勤 ・ その他()					
職 歴	就職・離職年月日	就業年数※	就業施設名	所在地	就業分野※	職位※
	.. ~ ..	年 月				
	.. ~ ..	年 月				
	.. ~ ..	年 月				
	.. ~ ..	年 月				
	.. ~ ..	年 月				
	.. ~ ..	年 月				
専門看護師を志した動機・将来展望・貢献の見通し・抱負等について記述して下さい。 (別紙に記入し添付のこと。ワープロ1,200字程度を上限にA4版で記載すること。)						

※就業年数は休職期間を除いて記入して下さい。実務経験証明書と不一致の場合、理由を明記して下さい。
 ※就業分野:内科、小児科、手術室看護師、退院調整、訪問看護 等。
 ※職位:科長、師長、主任 等。 特にない場合は「スタッフ」と記入して下さい。

専門看護師(CNS)奨学金助成申請者推薦書

年 月 日

公益財団法人木村看護教育振興財団
代表理事 木村憲司 殿

推薦者

所属

職名

氏名

印

申請者氏名 _____ ※推薦する申請者の氏名を記入してください。

上記の者について下記の記載内容をもって推薦いたします。

<p>1 申請者との関係について</p>
<p>2 この申請者を特に推薦する理由について(奨学金の必要性等)</p>
<p>3 専門看護師をめざす者としての能力について</p> <p>(1) 学究的能力</p> <p>(2) 専門的能力</p> <p>(3) 人柄・個性等</p>
<p>4 専門看護師として就業後に期待している活動</p>
<p>5 指導または交流の過程で、現在特に育成の視点から力を注いでいること等</p>

実務経験証明書

年 月 日

公益財団法人木村看護教育振興財団
代表理事 木村憲司殿

次の者(申請者)は、下記の期間、当施設・機関に就業していたことを証明します。

氏名	
現住所 (都道府県から記入)	〒 TEL — —
大学院名 (申請者が記入)	
専門分野 (申請者が記入)	
在職年月日 (部署)	年 月 日 ~ 年 月 日 () 年 月 日 ~ 年 月 日 () 年 月 日 ~ 年 月 日 () 年 月 日 ~ 年 月 日 () 年 月 日 ~ 年 月 日 () 年 月 日 ~ 年 月 日 () 年 月 日 ~ 年 月 日 ()

※休職期間がある場合、休職開始～終了の年月日を記入し、()内に「休職」と記載して下さい

所属機関名

証明者職名

証明者氏名

印

〒

所在地

TEL

注) 複数の機関で就業した方は、この用紙をコピーしてご使用下さい。