

美容医療認定看護師 申請書 (Ver6)

記載日： 年 月 日

ふりがな		性別
氏名		女性 ・ 男性
生年月日	西暦 年 月 日	
メールアドレス		
看護資格	☐ 正看護師 ☐ 准看護師（都道府県 ）	
登録番号／ 登録年月日	第 号 / 昭和・平成・令和 年 月 日	

【経歴】

年	月	主な職歴など

【美容医療従事に関する事項】

	免許・資格
従事した期間 ※3 年以上必要です	年 ヶ月 （延べの期間を記載ください）
現在の勤務時間 ※週 24 時間以上必要です	1 日 時間 × 週 日勤務 = （合計）1 週間 時間勤務 （例）1 日 8 時間 × 週 5 日勤務 = （合計）1 週間 40 時間勤務

【現在の美容医療に従事する主たる勤務先】

勤務先名	
勤務先住所	

【施術実績（各施術について施術実績件数を記載）】

	過去の施術実績数 （おおよその件数で結構です）	過去 1 か月の施術全実績数 （正確に記載してください）
ケミカルピーリング・マッサージピール	件	件
水溶性ピーリング（ハイドラフェイシャル、ハイドラジェントル、アクアピーリングなど）	件	件
エレクトロポレーション	件	件
IPL	件	件
レーザートーニング	件	件
レーザー脱毛	件	件
マイクロニードリング（ダーマペンなど）	件	件
ニードル RF（ポテンツァなど）	件	件
高周波：RF（サーマクールなど）	件	件
高密度焦点式超音波治療：HIFU	件	件
イオン導入	件	件
水光注射	件	件
フラクショナルレーザー	件	件

合計	件	件
----	---	---

※過去に 13 種類の項目について各 30 症例以上、または 5 種類以上の項目で合計 300 症例以上、および直近 1 か月で 13 種類の項目のうち 5 種類以上の経験を有すること

その他（上記以外に施術の経験がありましたら、具体的な施術名と件数を記載ください） ☐あり ☐なし

その他施術	過去の施術実績数 (おおよその件数で結構です)	過去 1 か月の施術全実績数 (正確に記載してください)
	件	件
	件	件
	件	件
	件	件

主たる勤務機関管理者等（院長・看護師長・事務長）による署名

以上、申請者（ ）の経歴、施術実績について、

正確な記載がなされていることを証明する。

署名日：西暦 年 月 日

施設名：

役職：

氏名：

※直筆の署名をお願いします。

その他の申請に必要な書類（必ずお読みください）

- 1) 別紙として、経験のある施術に関する到達目標に到達していると自己判断できたらチェックを入れてください。適切な教本などを用いて学習し、経験のある施術に関しては全ての項目にチェックが入ることが望めます。
- 2) 別紙として、経験のある施術に関して、施術に当たって留意している点、患者への説明で特に強調している点、これまでに経験した問題とその予防対策、などについて、それぞれの施術について 150 字～200 字程度で記載してください。記載方法は自由です。

提出方法

※ 本書類をダウンロードし、いずれかの方法で送付してください。

- 1) 直筆サイン後に PDF 化し、受験ページよりアップロード
- 2) 別紙のレポートとともに、事務局に郵送

合同会社 EBC&M 内 日本コスメティック協会事務局

〒105-0011 東京都港区芝公園 2 丁目 9-1 芝マツオビル 4F

一般社団法人日本コスメティック協会