

中華民國精神衛生護理學會

社區精神衛生護理師認證辦法

111.11.19 中華民國精神衛生護理學會第11屆第3次理監事聯席會議通過
112.04.08 中華民國精神衛生護理學會第11屆第6次理監事聯席會議修訂通過
112.07.08 中華民國精神衛生護理學會第11屆第7次理監事聯席會議修訂通過
112.12.02 中華民國精神衛生護理學會第11屆第8次理監事聯席會議修訂通過
113.04.27 中華民國精神衛生護理學會第11屆第10次理監事聯席會議修訂通過

第一條 本會為提昇社區精神衛生護理照護能力，特訂定社區精神衛生護理師認證辦法(以下簡稱本辦法)。

第二條 護理師參加社區精神衛生護理師認證，報考資格如下：

- 一、領有護理師證書，目前從事精神衛生護理工作，且至報名截止日前，具精神科臨床或社區實務經驗三年(含)以上者。(從事精神衛生護理臨床實習教學年資2年得折抵1年。)
- 二、為中華民國精神衛生護理學會活動會員，需繳交報考當年度常年會費。
- 三、報考者需提出下列核心能力課程與訓練證明，包括社區個案管理、治療性人際關係、整合性需求評估、健康生活自我管理、疾病管理、資源連結、家庭護理治療與處置、社區危機處置。並具備下列條件之一者：
 - (一)完成精神衛生護理碩士學業者(附畢業證書及成績證明)。
 - (二)取得台灣護理學會之個案報告通過證書者。
 - (三)取得護理專業能力進階 N2 以上認證者。

第三條 社區精神衛生護理師認證，由中華民國精神衛生護理學會辦理，原則上每年舉辦一次，必要時可調整考試次數。辦理社區精神衛生護理師認證工作，應於辦理之日起兩個月前公告辦理時間、地點、報名手續及其他有關事項，應考人應於公告報考期限內完成報考。

第四條 社區精神衛生護理師認證以筆試及書面審核方法為之。

- 一、筆試方式：詳見本辦法施行細則。
- 二、書面審核：詳見本辦法施行細則。

第五條 辦理社區精神衛生護理師認證之程序及步驟，另以施行細則訂定之。

第六條 經社區精神衛生護理師認證合格者，由本會主動寄發認證之「社區精神衛生護理師證書」。

第六條之一 曾取得社區精神衛生護理能力鑑定證書者，補足符合第二條的資格條件，並自公告之日起，一一五年六月三十日前(含)提出申請；經社區精神衛生護理委員會審核通過後可取得社區精神衛生護理師證書。

第七條 護理師證書經依法撤銷或廢止者，同時撤銷或廢止其社區精神衛生護理師證書。

第八條 本辦法經中華民國精神衛生護理學會審議通過後實施，修正時亦同。

中華民國精神衛生護理學會
「社區精神衛生護理師」認證審核申請表

一、基本資料

會員號	中華民國精神衛生護理學會 _____			照片粘貼處 (最近3個月內2吋 正面脫帽半身光面相 片1)			
中文姓名		出生	民國		年	月	日
		年月日	西元		年	月	日
英文姓名	(Last Name 姓)	(First Name 名)	(書寫範例: Wang, Da-Ming)				
	_____ , _____ (須與護照同)						
身份證字號					性別		
服務機關	全銜	部門	電話 ()		分機		
通訊地址							
連絡電話	宅 ()	行動電話:					
電子信箱							
社區精神衛生護理能力鑑定證書字號							

二、護理師證書 (附證書影本)

三、三年臨床實務經驗(附年資證明影本)

註：具精神科臨床或社區實務經驗三年(含)以上者。(從事精神衛生護理護理臨床實習教學年資2年得折抵1年)

服務機構	服務部門/系所	職稱	起訖年月(西元年/月)
			自 ____ / ____ 至 ____ / ____
			自 ____ / ____ 至 ____ / ____
			自 ____ / ____ 至 ____ / ____
			自 ____ / ____ 至 ____ / ____
			自 ____ / ____ 至 ____ / ____

四、核心能力課程與訓練證明(附上課證明)

能力項目	委員會審查結果
社區個案管理	
治療性人際關係	
整合性需求評估	
健康生活自我管理	
疾病管理	
資源連結	
家庭護理治療與處置	
社區危機處置	

五、勾選檢附佐證資料 (請附資料證照影本)

(一) 完成精神衛生護理碩士學業 (附畢業證書及成績證明)。

註：護理相關碩士學位及以上者，其精神衛生護理及實務課程修業另由本委員會認定之，視需要提出課程修業相關證明。

學校名稱	國別	主修系所名稱	學位	起訖年月(西元年/月)
				自 ____ / ____ 至 ____ / ____

(二) 台灣護理學會之個案報告通過證書。

(三) 護理專業能力進階 N2 以上認證。

六、證書工本費 500 元匯款收據影本 (匯款日期: 月 日)

戶名：社團法人中華民國精神衛生護理學會【郵局帳號：000215-4-000460-0】

申請人簽章: _____

申 請 日 期 : 年 月 日

【以下由學會填寫】

行政審查 結果	<input type="checkbox"/> 通 過 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未通過 (年 月 日) 說明:	秘書長核章:
委員會 審核結果	<input type="checkbox"/> 通 過 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未通過 (年 月 日) 說明:	社區精神衛生護理委員會 主任委員核章: