

公益社団法人日本看護協会 神戸研修センター
認定看護師教育課程

平成24年度出願書類一式

〈記入見本〉

- (1) 入学願書 (様式1)
- (2) 履歴書 (様式2)
- (3) 勤務証明書 (様式3)
- (4) 実務研修報告書 (様式4)
〔がん化学療法看護〕
〔感染管理〕
〔緩和ケア〕
- (5) 志望理由書 (様式5)
〔がん化学療法看護〕
〔感染管理〕
〔緩和ケア〕
- (6) 事例要約書 (様式6)
〔がん化学療法看護〕 (3事例)
〔緩和ケア〕 (事例要約書A・事例要約書B)
- (7) 緊急連絡先 (様式7)

提出書類記入にあたり、「記入見本」を参照して下さい。
書類に不備がある場合、受理できないこともあるので、
ご注意ください。

【出願書類の記入時の注意事項】

様式1	①記載については記入見本を参照して下さい。
～7	記載例：黒・太字、 注意事項：青・太字で示しています。
	②記載不十分の場合は、書類を受理できない場合がありますので、過不足なく記入して下さい。 自署以外は、パソコンでの入力可です。
	訂正する場合は、二重線および訂正印を使用して下さい。
	③複数枚必要なもの以外は、枚数の超過は不可です。指定されている枠内に収まるように入力して下さい。 また、様式の変更も不可です。
	④年号はすべて西暦表記として下さい。
様式3	【勤務証明書】看護師として60ヶ月以上勤務していることを証明するものです。
	准看護師期間は含まれません。現在勤務の施設で60ヶ月に満たない場合は、現在勤務の施設から順にさかのぼって勤務証明書を取得して下さい。（※用紙をコピーして使用）
様式4	【実務研修報告書】受験する課程のものを使用して下さい。各課程で記載内容が異なりますので、当該課程の記入見本を参照の上記入して下さい。
	1-1) は看護実践の職歴のみ記載して下さい。教育職歴は含みません。
	所属施設名：正式名称を記載して下さい。
	所属部署名：診療科がわかるように記載して下さい。 例：○ 呼吸器科病棟 × 5階西病棟
	職位：職位に変更があった場合は、新たな欄に記載して下さい。
	1-1) ・ 1-2) の欄が不足の場合は用紙をコピーして使用して下さい。
写真	写真は同じ写真を3枚準備（①履歴書貼付 ②受験票A貼付 ③受験票B貼付）
	受験票A貼付用写真は 後日送付の受験票Aに貼付して下さい。
送付方法	必ず記録が残る「簡易書留」あるいは「宅配便」で送付して下さい。普通郵便・メール便は不可です。

入 学 願 書

公益社団法人日本看護協会神戸研修センター長 殿

私は、公益社団法人日本看護協会神戸研修センター認定看護師教育課程

1. がん化学療法看護

2. 感染管理

3. 緩和ケア

※受験する課程を○で囲む

に入学したいので、関係書類を添えて提出いたします。


西暦 年 月 日

フリガナ	
氏 名 (自 署)	※自筆で署名のこと 印
現 住 所	〒 ー ※都道府県から記入のこと
電 話 番 号	
生 年 月 日	西暦 年 月 日 生

履 歴 書

(西暦) 2012年 4月5日現在

<p>写真 4 cm×3 cm 上半身・正面 3ヶ月以内に撮影のもの 裏面に課程名と氏名を記入 のこと</p>

フリガナ	コウベ ハナコ	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	神戸 花子	
生年月日	(西暦) 1971年 4月 1日生 (満 41歳)	

フリガナ	ヒョウゴケンコウベシチュウオウクウミベトオリ	TEL/FAX
現住所	〒651-0073 兵庫県神戸市中央区海辺通1-2-3 ※都道府県から記入	TEL (078) 230-XXXX FAX (078) 230-XXXX
フリガナ	イリョウホウジン コウベケンシュウセンタービョウイン	
所属施設名	医療法人 神戸研修センター 病院 ※正式名称を記入	
所属施設住所	〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1 ※都道府県から記入	TEL (078) 123-4567 所属病棟もしくは内線番号 (内線 777)
看護師免許取得年月日	西暦 1992年 5月 18日 ※和暦→西暦になおすときに「年」を間違わないように	11111111号
学 歴 (高校卒業から記入)		
(西暦) 1989年 3月	〇〇県立××高等学校 卒業	
1989年 4月	〇〇大学 看護学部 入学	
1993年 3月	同 卒業	
年 月	※職歴は記入しないこと	
年 月		
年 月		
年 月		

勤務証明書

氏名 神戸 花子

上記の者は当施設において、下記のとおり勤務していること/していたことを証明します

(西暦) 2012年4月1日現在

常勤勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 2006年 4 月～	(西暦) 2012年 3 月	注1) 年 0 ヵ月	6年 0 ヵ月
非常勤勤務期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月	年 ヵ月	年 ヵ月
※合計通算年数				6年0ヵ月
※例年、合計通算年数の記入漏れが多いので、必ず記載されているか確認して下さい。				


(※休職期間には、産休・育休を含む)

(※准看護師期間は勤務期間には含めません)

施設名 医療法人 神戸研修センター 病院

注2) 職位 看護部長

注2) 人事課 (病院長名) あるいは看護部長の職位の方がご記入下さい。

氏名 脇田 浜子 

施設所在地 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1

電話 (078) 123-4567

注1) 休職期間がない場合は「0」と記載されているか確認して下さい。

勤務期間から休職期間をマイナスした期間が通算勤務期間と一致しているか確認して下さい。

実務研修報告書 [がん化学療法看護]

氏名 _____

1. 実務研修施設

2012年3月末現在

(西暦で記入) 1-1) 全実務研修期間および実務研修施設名 (所属施設名、職位)	
1993年4月～1995年3月 (24カ月間)	所属施設名：〇〇大学附属病院 ※正式名称を記載 職位：看護師
1995年5月～1997年3月 (23カ月間)	所属施設名：△△△市民病院 職位：看護師
1997年4月～2006年3月 (108カ月間)	所属施設名：△△△市民病院 職位：看護主任 注) 職位が変わった場合は新たに記載
2006年4月～2012年3月 (72カ月間)	所属施設名：×××総合病院 職位：看護師
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：
全実務研修期間 [227] カ月間	

1-2) うち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名・化学療法の月間担当事例数、職位)	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： *正式名称を記載する 所属部署名： *がん化学療法を受けている患者の多い病棟や外来名を記載する (認定看護分野以外の職歴は記載しない) 職位： *看護師, 看護主任, 係長, 副師長などを記載する 担当事例数： (事例数の前にXX癌の化学療法といれる) 下記参照
1993年4月～1994年3月 (12カ月間)	所属施設名：△△△市民病院 所属部署名：呼吸器内科病棟 ※診療科がわかるように記載 職位：看護師 担当事例数：肺癌の化学療法の担当事例月間3例
1994年4月～1994年12月 (9カ月間)	所属施設名：△△△市民病院 所属部署名：呼吸器内科病棟 職位：看護主任 ※職位が変わった時点で、新たに記載して下さい 担当事例数：肺癌の化学療法の担当事例月間5例
1996年4月～2003年3月 (84カ月間)	所属施設名：△△△市民病院 所属部署名：血液内科病棟 職位：看護主任 担当事例数：造血器腫瘍の化学療法の担当事例月間2例
2003年4月～2012年3月 (108カ月間)	所属施設名：×××総合病院 所属部署名：外来治療センター 職位：看護師 担当事例数：乳癌, 肺癌, 大腸癌の化学療法の担当事例月間8例
合 計 [213] カ月間	

●実務研修の実績 概要

上記1-2)に記載した期間、がん化学療法を受けている患者の看護を担当した事例総数(概算)

[1017]例

注) 1-1), 1-2)の記入欄が不足した場合は、実務研修報告を必要部コピーして記入して下さい

(2012 : 様式 4)

2. 認定看護分野「がん化学療法看護」歴における実務研修施設 概要

施設 1 : 施設名 (△△△市民病院)

注) 年間症例数は施設に問い合わせして下さい。

2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数 (外来患者は含まず) * 年間症例数は施設に問い合わせして下さい。該当する患者の主ながん疾患名を記載して下さい。	注) 患者の年間症例数 : (1918) 件 主ながん疾患名 ; 該当する患者のがん種を記載のこと 肺癌、乳癌、消化器癌、泌尿器癌、造血器腫瘍など
2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「外来化学療法加算」の有無 ※上記いずれも無の場合のみ、がん化学療法看護に係る専門外来の有無及び年間外来受診者数を記載する。	「がん診療連携拠点病院加算」 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 「外来化学療法加算」 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ※上記いずれも無の場合 がん化学療法看護に係わる専門外来 有 ・ 無 年間外来受診者数 () 名
2-3) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	がん化学療法看護認定看護師 (1) 名 (緩和ケア) 認定看護師 (1) 名 がん看護専門看護師 (1) 名 ※上記該当者が無い場合 指導者 : 部署 () 職位 () がん化学療法看護経験歴 () 年・年以上

施設 2 : 施設名 (XXX 総合病院)

2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数 (外来患者は含まず) * 年間症例数は施設に問い合わせして下さい。該当する患者の主ながん疾患名を記載して下さい。	患者の年間症例数 : (824) 件 主ながん疾患名 ; 肺癌、乳癌
2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「外来化学療法加算」の有無 ※上記いずれも無の場合のみ、がん化学療法看護に係る専門外来の有無及び年間外来受診者数を記載する。	「がん診療連携拠点病院加算」 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 「外来化学療法加算」 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※上記いずれも無の場合 がん化学療法看護に係わる専門外来 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 年間外来受診者数 (1,232) 名
2-3) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	がん化学療法看護認定看護師 (0) 名 () 認定看護師 (0) 名 がん看護専門看護師 (0) 名 ※上記該当者が無い場合 指導者 : 部署 (外来治療センター) 職位 (看護師長) がん化学療法看護経験歴 (5) 年 <input checked="" type="checkbox"/> 年以上

施設 3 : 施設名 ()

2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数 (外来患者は含まず) * 年間症例数は施設に問い合わせして下さい。該当する患者の主ながん疾患名を記載して下さい。	患者の年間症例数 : () 件 主ながん疾患名 ;
2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「外来化学療法加算」の有無 ※上記いずれも無の場合のみ、がん化学療法看護に係る専門外来の有無及び年間外来受診者数を記載する。	「がん診療連携拠点病院加算」 有 ・ 無 「外来化学療法加算」 有 ・ 無 ※上記いずれも無の場合 がん化学療法看護に係わる専門外来 有 ・ 無 年間外来受診者数 () 名
2-3) 注) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	がん化学療法看護認定看護師 () 名 (緩和ケア他) 認定看護師 (2) 名 がん看護専門看護師 () 名 ※上記該当者が無い場合 指導者 : 部署 () 職位 () がん化学療法看護経験歴 () 年・年以上

注) 当該分野の認定看護師とは、緩和ケア、がん性疼痛看護、乳がん看護、がん放射線療法看護です。複数以上の場合、合計人数を記載して下さい。

実務研修報告書 [感染管理]

氏名 _____

1. 実務研修施設

2012年3月末現在

(西暦で記入) 1-1) 全実務研修期間および実務研修施設名 (所属施設名、職位)	
1996年4月～1999年3月 (36カ月間)	所属施設名：〇〇大学附属〇〇〇病院 職位：看護師
1999年4月～2001年12月 (33カ月間)	所属施設名：〇〇県立〇〇〇病院 職位：看護師
2002年4月～2003年9月 (18カ月間)	所属施設名：〇〇県立〇〇〇病院 職位：看護師
2004年4月～2007年3月 (36カ月間)	所属施設名：〇〇県立〇〇〇病院 職位：看護師
2007年4月～2012年3月 (60カ月間)	所属施設名：〇〇県立〇〇〇病院 職位：看護主任
全実務研修期間 [183] カ月間	

1-2) うち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名、職位)	
1998年4月～1999年3月 (12カ月間)	所属施設名：〇〇大学附属〇〇〇病院 所属部署名：消化器外科病棟 ^{注)} (リンクナース) 職位：看護師
2000年4月～2001年3月 (12カ月間)	所属施設名：〇〇県立〇〇〇病院 所属部署名：手術室 (手術室における感染管理担当者) 職位：看護師
2004年4月～2006年3月 (24カ月間)	所属施設名：〇〇県立〇〇〇病院 所属部署名：手術室 (看護部感染対策委員) 職位：看護師
2006年4月～2007年3月 (12カ月間)	所属施設名：〇〇県立〇〇〇病院 所属部署名：ICU (看護部感染対策委員) 職位：看護師
2007年4月～2012年3月 (60カ月間)	所属施設名：〇〇県立〇〇〇病院 所属部署名：ICU (看護部感染対策委員、感染対策チーム) 職位：看護主任
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合 計 [120] カ月間	

注) 所属部署に続く () には、リンクナースや感染対策委員、●●における感染対策担当係など、感染管理における役割を記入して下さい。役割を複数兼任している場合は、それらを併記して下さい。

(2012：様式4)

2. 認定看護分野「感染管理」歴における実務研修施設 概要

施設1： 施設名（ ○○大学附属○○○病院 ）

注) 2-1)のサーベイランス、2-2)の感染管理相談は、施設長の許可を得て実施、記録しているものを記入して下さい。

2-1) 実施しているサーベイランスの種類：「血管内留置カテーテル関連血流感染」「尿道留置カテーテル関連尿路感染」「手術部位感染」「人工呼吸器関連感染」の有無 ※その他有の場合は記載する。	「血管内留置カテーテル関連血流感染」 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 「手術部位感染」 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 「人工呼吸器関連感染」 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 ※その他「 耐性菌サーベイランス 」
2-2) 感染管理相談の年間事例数	年間（ 不明 ）件
2-3) 「医療安全対策加算1」の有無 「感染防止対策加算」の有無 ※無の場合のみ、ICT チーム配置の有無及び ICT ミーティングやラウンドの年間回数を記載する。	「医療安全対策加算1」 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 「感染防止対策加算」 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 ※上記無の場合 ICT チーム配置 有 ・ 無 ICT ミーティング/ラウンド 有・無 年間回数（ ）回
2-4) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	感染管理認定看護師 （ 0 ）名 感染症看護専門看護師 （ 0 ）名 ※上記該当者が無い場合 職位（ 感染管理担当の看護師長 ） 感染管理経験年数（ 5 ） <input checked="" type="checkbox"/> 年以上

施設2： 施設名（ ○○県立○○○病院 ）

2-1) 実施しているサーベイランスの種類：「血管内留置カテーテル関連血流感染」「尿道留置カテーテル関連尿路感染」「手術部位感染」「人工呼吸器関連感染」の有無 ※その他有の場合は記載する。	「血管内留置カテーテル関連血流感染」 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 「手術部位感染」 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 「人工呼吸器関連感染」 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ※その他「 耐性菌サーベイランス 」
2-2) 感染管理相談の年間事例数	年間（ 10 ）件
2-3) 「医療安全対策加算1」の有無 「感染防止対策加算」の有無 ※無の場合のみ、ICT チーム配置の有無及び ICT ミーティングやラウンドの年間回数を記載する。	「医療安全対策加算1」 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 「感染防止対策加算」 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ※上記無の場合 ICT チーム配置 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 ICT ミーティング/ラウンド <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 年間回数（ 6 ）回
2-4) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	感染管理認定看護師 （ 1 ）名 感染症看護専門看護師 （ 0 ）名 ※上記該当者が無い場合 職位（ ） 感染管理経験年数（ ）年・年以上

3. 実務研修の実績 概要

※前頁1-2)に記載した期間において受験者自身が、感染管理に関わる最新知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績例を1事例記載する。

●例文を参考に1事例を記載して下さい。

●事例には、実施した時期、当時の自分の立場、施設（自部署）で問題となっていた点、用いたエビデンス（最新知見または、自施設のサーベイランスデータ等、改善策および改善にあたっての自己の役割、改善結果（効果）を含めて下さい。

注) 事例の記載例は次のページにあります。

実務研修の実績 概要について【注意事項】

- ◇ 前頁 1-2) に記載した期間において、感染管理に関わる最新知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績を 1 事例記入して下さい。
- ◇ 事例については、受験者自身が中心となって実施したケア改善事例であれば、自部署での改善に限局する事例でもかまいません（下記の記載例を参考に、記入して下さい）。

【記載例 1】

1998 年 4 月に、脳神経外科病棟のリンクナースとなった。自部署では尿道留置カテーテルを長期に留置する患者が多く、2 週間以上カテーテルを留置する患者には、カテーテルを接続部から外して行う膀胱洗浄をルーチンで行っていた。6 月のリンクナースの勉強会で CDC のガイドラインでは尿道留置カテーテルの閉鎖を保つことが推奨されていることを学び、ルーチンの膀胱洗浄に疑問を抱いた。そこで、7 月の病棟カンファレンスの際に、膀胱洗浄をルーチンでは行わず、必要性を医師に確認すること、またその理由をカルテに記録することなどを提案した。初めは医師に確認できないスタッフもいたが、自分が役割モデルとなり、受け持ち以外の患者でも率先して医師に働きかけるようにした。その結果、徐々に膀胱洗浄をルーチンで行う事例が減少した。

【記載例 2】

2000 年から手術室に異動となり手術室でリンクナースをしていた。当時、手術時の手洗いは、ブラシを用いて行うスクラブ法が実施されていた。しかし手荒れを訴えるスタッフも多く、問題であると感じていた。2004 年に参加した院外研修で、手指衛生のための CDC ガイドライン 2003 年版に基づいた、手術時手指消毒の新しい考え方を学んだ。それらを参考に、従来の 10 分間のブラシを用いた手指スクラブ法から、抗菌性洗浄剤とアルコール含有製剤による 2 段階の消毒方法に変更することを看護部感染対策委員会で提案した。一部反対もあったが、感染担当の副看護部長および手術室師長の協力を得て、手術室スタッフを対象とした勉強会を企画・実施し、看護師のみではあるが、手術時手洗い方法を変更することができた。それによりスタッフの手荒れが減少した。

【記載例 3】

2006 年 4 月より ICU 勤務となり、2007 年からは感染対策チーム（以下 ICT）メンバーとして活動を開始した。2006 年 6 月より自施設の ICU で開始した中心ライン関連血流感染（以下 CLABSI）サーベイランスの結果、CLABSI の発生が多いことが分かった。そこで、中心ライン関連のケア改善策として、当院ではまだ導入していなかったマキシマルバリアプリューションについて ICT 会議および院内感染対策委員会に提案し、2008 年から導入することができた。その他、中心ライン管理方法の見直しを行い、各部署での手技統一を図るため、院内感染対策マニュアルを改訂した。

実務研修報告書 [緩和ケア]

氏名 _____

1. 実務研修施設

2012年3月末現在

(西暦で記入) 1-1) 全実務研修期間および実務研修施設名 (所属施設名、職位)	
1998年4月～2001年3月 (36カ月間)	所属施設名：△△大学付属△△△病院 ※正式名称を記載 職位：看護師
2001年4月～2005年3月 (48カ月間)	所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院 職位：看護師
2005年4月～2007年9月 (30カ月間)	所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院 職位：主任 注) 職位が変わった場合は新たに記載
2007年10月～2012年3月 (54カ月間)	所属施設名：〇〇法人〇〇会立××訪問看護ステーション 職位：看護師
全実務研修期間 [168] カ月間	

注) 例のように、ホスピスまたは緩和ケア病棟以外では () 内に緩和ケア患者の割合と担当事例数を記入

1-2) うち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名・部署全体の割合・自身が担当した事例数、職位)	
2000年4月～2001年3月 (12カ月間)	所属施設名：△△大学付属△△△病院 所属部署名・割合・事例数： 呼吸器内科病棟 ※診療科がわかるように記載 (緩和ケアを受ける患者数は部署全体の3割程度を占める。自身が担当した事例数は10例) 職位：看護師
2003年4月～2005年3月 (24カ月間)	所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院 所属部署名・割合・事例数：緩和ケア病棟 (担当した事例数は32例) 職位：看護師
2005年4月～2007年9月 (30カ月間)	所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院 所属部署名・割合・事例数：緩和ケア病棟 (担当した事例数は20例) 職位：主任
2007年10月～2012年3月 (54カ月間)	所属施設名：〇〇法人〇〇会立××訪問看護ステーション 所属部署名・割合・事例数：訪問看護ステーション (緩和ケアを受ける患者数は全体の1割程度を占める。自身が担当した事例数は5例) 職位：看護師
合 計 [120] カ月間	

●実務研修の実績 概要

上記1-2)に記載した期間、これまでに緩和ケアを受けた患者の看護(積極的治療が行われてから死に至るまでを通して)を担当した事例総数(概算)

※担当した事例数とは、継続的、中心的に患者に関わった事例とする。

【 】例

(2012:様式4)

2. 認定看護分野「緩和ケア」歴における実務研修施設 概要

施設1: 施設名 (△△大学付属△△△病院)

2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数 ※実務研修施設においての緩和ケアを受ける患者の年間症例数	緩和ケアを受ける患者 年間 約 (50) 件
2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「緩和ケア診療加算」、 「緩和ケア病棟入院料」の有無 ※勤務していた期間中、いずれかの時点で実務研修施設が上記を 算定した場合と有とする。 ※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケア診療加算を取って いない緩和ケアに係るチーム設置の有無を記載する。	「がん診療連携拠点病院加算」 有・無 「緩和ケア診療加算」 有・無 「緩和ケア病棟入院料」 有・無 ※上記いずれも無の場合 緩和ケアに係るチーム設置 有・無
2-3) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定 看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該分野 の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。指 導者は分野経験5年以上あるものとする。	緩和ケア認定看護師 (0) 名 () 認定看護師 (0) 名 がん看護専門看護師 (1) 名 ※上記該当者が無い場合 指導者: 部署 () 職位 () 緩和ケア経験年数 () 年・年以上

施設2: 施設名 (○○法人○○会○○○病院)

2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数	緩和ケアを受ける患者 年間約 (110) 件
2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「緩和ケア診療加算」、 「緩和ケア病棟入院料」の有無 ※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケア診療加算を取って いない緩和ケアに係るチーム設置の有無を記載する。	「がん診療連携拠点病院加算」 有・無 「緩和ケア診療加算」 有・無 「緩和ケア病棟入院料」 有・無 ※上記いずれも無の場合 緩和ケアに係るチーム設置 有・無
2-3) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定 看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該分野 の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。指 導者は分野経験5年以上あるものとする。	緩和ケア認定看護師 (1) 名 (がん化学療法看護他) 認定看護師 (2) 名 がん看護専門看護師 (1) 名 ※上記該当者が無い場合 指導者: 部署 () 職位 () 緩和ケア経験年数 () 年・年以上

施設3: 施設名 (○○法人○○会立 XX 訪問看護ステーション)

2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数	緩和ケアを受ける患者 年間約 (20) 件
2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「緩和ケア診療加算」、 「緩和ケア病棟入院料」の有無 ※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケア診療加算を取って いない緩和ケアに係るチーム設置の有無を記載する。	「がん診療連携拠点病院加算」 有・無 「緩和ケア診療加算」 有・無 「緩和ケア病棟入院料」 有・無 ※上記いずれも無の場合 緩和ケアに係るチーム設置 有・無
2-3) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定 看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該分野 の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。指 導者は分野経験5年以上あるものとする。	緩和ケア認定看護師 (0) 名 () 認定看護師 (0) 名 がん看護専門看護師 (0) 名 ※上記該当者が無い場合 指導者: 部署 (なし) 職位 (所長) 緩和ケア経験年数 (10) 年・年以上

注) 当該分野に関連する認定看護師とは、がん性疼痛看護、乳がん看護、がん化学療法看護、がん放射線療法看護
です。 複数以上の場合、合計人数を記載して下さい。

事例要約書 [がん化学療法看護]

氏名_____ 印

事例 [1]

1. 疾患名
2. 治療内容
3. 事例プロフィール
4. 現病歴と治療の経過
5. 問題点
6. 問題点に関するアセスメント
7. 看護の実際
8. 結果
9. 評価

●同じ用紙を使って、3事例（事例1、事例2、事例3）の事例要約書を提出して下さい。

●1番目の事例の場合 [] 内に1と入れます。

1. 疾患名 乳がん というように、1～9の番号の目次を必ず使用して下さい。

2. 以下は、箇条書きではなく、文章で記述して下さい。

1 事例A4用紙1枚まで

緩和ケア事例要約書A-①

氏名 _____ 印

事例1 : 受け持った期間 年 月 日 ~ 年 月 日	【現疾患・治療の概要】	【アセスメント及び問題点】
【患者プロフィール(疾患名・家族背景他)】		
【看護の展開】 ●事例要約の記入例はありません。 ●今までに受け持った緩和ケアを受ける患者から4事例を選び、あなたの行った看護内容の要約を記載して下さい。		

事例2 : 受け持った期間 年 月 日 ~ 年 月 日	【現疾患・治療の概要】	【アセスメント及び問題点】
【患者プロフィール(疾患名・家族背景他)】		
【看護の展開】		

緩和ケア事例要約書A-②

氏名 _____ 印

事例 3 : 受け持った期間 年 月 日 ~ 年 月 日	【現疾患・治療の概要】	【アセスメント及び問題点】
【患者プロフィール(疾患名・家族背景他)】		
【看護の展開】		

事例 4 : 受け持った期間 年 月 日 ~ 年 月 日	【現疾患・治療の概要】	【アセスメント及び問題点】
【患者プロフィール(疾患名・家族背景他)】		
【看護の展開】		

緩和ケア事例要約書B

氏名 _____ 印

<p>受け持った期間 年 月 日 ~ 年 月 日</p>	<p>【現疾患・治療の概要】</p> <ul style="list-style-type: none">●事例要約の記入例はありません。 それぞれの所定の欄に記載して下さい。●今までに受け持った緩和ケアを受ける患者から1事例を選び、あなたが行った看護内容の詳細について記載して下さい。●要約書Aにあげた事例以外として下さい。 枚数超過は不可。
<p>【患者プロフィール（疾患名、患者・家族背景他）】</p>	<p>【看護上の問題点】</p>
<p>【アセスメント】</p>	<p>【看護の展開】</p>
<p>【行った看護の評価】</p>	

緊急連絡先

◆緊急連絡先

災害などで入学試験の日程に変更が生じた場合に限り、神戸研修センターより受験生の皆様の携帯メールへ通知させていただきます。

(注意事項)

①携帯メールアドレスが間違っていると、連絡が出来ませんので判読できるように、大きく楷書で丁寧にご記入下さい。

②携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡のつく電話番号をご記入下さい。

注) 受験する課程にチェックをいれて下さい。

受験課程名	フリガナ :
<input type="checkbox"/> がん化学療法看護	氏 名 :
<input type="checkbox"/> 感染管理	病 院 名 :
<input type="checkbox"/> 緩和ケア	
携帯メールアドレス (楷書で丁寧に記入)	@
携帯電話番号	— —
上記以外で連絡のつく 電話番号 (※携帯電話をお持ち でない方)	TEL : FAX :

※この緊急連絡先の個人情報は入学試験終了後、シュレッダーにかけて破棄いたします。

<記入例>アドレス記入に際しての注意事項：以下の数字・英字を記入の際は特にお気をつけ下さい。

0 (数字ゼロ) と o (英字オー)、 — (ハイフン) と _ (アンダーバー)

9 (数字九) と q (英小文字Q) と g (英小文字G)、

1 (数字一) と li (英語アイ) と l (英小文字L)

【お願い】間違い易い文字にはフリガナをふる。

(例) love_09—quick17@
↓ ↓ ↓
ル オ 小文字のQ (キュー)

出願書類等チェック表

提出書類一式を送付前に様式が揃っているか、不備がないかをこのチェック表でご確認のうえ書類をご送付下さい。このチェック表の提出は不要です。

様式	書類	チェック内容	チェック
1	入学願書	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名は手書きの自署となっているか。 	
2	所属機関	<ul style="list-style-type: none"> ・正式な施設名を記入しているか。 	
	履歴書	<ul style="list-style-type: none"> ・所属機関名は正式名を記入しているか。 ・現在離職中の場合は「離職中」と明記のこと。 ・学歴は高校卒業から記入しているか。 	
3	勤務証明書	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務証明書の勤務期間が2012年3月末日現在で書かれているか。 ・勤務証明者の捺印はあるか。 ・看護師免許取得後の勤務年数が記入されているか（准看護師期間がある方は勤務証明書の勤務年数に含まれていないか） ・複数の施設に勤務している場合、現在の施設から<u>順にさかのぼって勤務証明書をとっているか。</u> （※勤務期間の合計が60ヵ月以上になるまで） ・休職期間（育休・産休等）がある場合は、その期間が明記されているか。 ・訂正の場合は必ず訂正印押印されているか。 	
4	実務研修報告書	<ul style="list-style-type: none"> ・研修期間が2012年3月末日現在で書かれているか。 ・実務研修報告書の内容が記入見本の注意事項を参照して洩れなく指示通りに記載されているか。 	
5	志望理由	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名は手書きの自署となっているか。 ・捺印はあるか。 	
6	事例要約書	<ul style="list-style-type: none"> ・枚数の超過なくそれぞれA41枚の中で収まっているか。 	
7	連絡先	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急連絡先を楷書でわかりやすく記入しているか。 	
その他	免許証コピー	<ul style="list-style-type: none"> ・改姓された方で免許証の裏面に登録日が標記されている場合は両面コピーして下さい。A4サイズ縮小コピーのこと。 	
	写真	<ul style="list-style-type: none"> ・受験票B用写真1枚を送付して下さい。 注）写真の裏に受験課程と氏名が明記されているか。 受験票A用写真は後日送付の受験票に貼って下さい。 	
	受験票郵送用封筒	<ul style="list-style-type: none"> ・住所・氏名を明記した390円分（簡易書留料金含）切手貼付の定型長3型封筒（120×235）を同封しているか。 	
	合否用返信封筒 宛名ラベル	<ul style="list-style-type: none"> ・住所と氏名明記した宛名ラベルを同封しているか。 	