

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年度入学選抜試験出願書類一式

- (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)
- (8) 看護師免許証の写し(A4版縮小コピー)
- (9) 受験票B写真 1枚
- (10) 受験票郵送用封筒  
合否用返信封筒宛名ラベル

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  
下さい。

# 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

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)	印
現 住 所	〒 ー
電 話 番 号	
生 年 月 日	西暦 年 月 日 生

# 履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

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

フリガナ		男・女
氏 名		印
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ		TEL/FAX
現住所	〒	TEL ( ) - FAX ( ) -
フリガナ		
所属施設名		
所属施設住所	〒	TEL ( ) - 所属病棟もしくは内線番号 ( )
看護師免許取得年月日	(西暦) 年 月 日	号
学 歴 (高校卒業から記入)		
(西暦) 年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

# 勤務証明書

氏名 \_\_\_\_\_

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)		年	月	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) 年 月～	(西暦) 年 月	年 月	年 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 月	年 月		
<b>※合計通算年数</b>				年 月		

(※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 \_\_\_\_\_

注) 職位 \_\_\_\_\_

(注) 人事課 (病院長名) あるいは看護部長の職位の方がご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

施設所在地 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

# 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)
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：	
全実務研修期間 [ ]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： 所属部署名： 職位： 担当事例数：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位： 担当事例数：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位： 担当事例数：	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位： 担当事例数：	
合 計 [ ]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)

[ ]例

## 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（ ）

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てください。該当する患者の主ながん疾患名を記載してください。	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（ ）名 （ ）認定看護師（ ）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

## 施設2：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てください。該当する患者の主ながん疾患名を記載してください。	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（ ）名 （ ）認定看護師（ ）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

## 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てください。該当する患者の主ながん疾患名を記載してください。	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（ ）名 （ ）認定看護師（ ）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

# 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)	
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 職位：
<b>全実務研修期間 [            ] ㉿月間</b>	

1-2) うち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名、職位)	
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( ㉿月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
<b>合 計 [            ] ㉿月間</b>	

(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（ ）

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 ・ 無 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」有 ・ 無 「手術部位感染」有 ・ 無 「人工呼吸器関連感染」有 ・ 無 ※その他「 」
2-2) 感染管理相談の年間事例数	年間（ ）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 ・ 無 「感染防止対策加算」有 ・ 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（ ）名 感染症看護専門看護師（ ）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

施設2： 施設名（ ）

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 ・ 無 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」有 ・ 無 「手術部位感染」有 ・ 無 「人工呼吸器関連感染」有 ・ 無 ※その他「 」
2-2) 感染管理相談の年間事例数	年間（ ）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 ・ 無 「感染防止対策加算」有 ・ 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（ ）名 感染症看護専門看護師（ ）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。

--

# 実務研修報告書 [緩和ケア]

氏名 \_\_\_\_\_

2012年3月末現在

## 1. 実務研修施設

(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)	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 職位：
全実務研修期間 [ ]カ月間	

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)	
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名・割合・事例数： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名・割合・事例数： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名・割合・事例数： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名・割合・事例数： 職位：
年 月～ 年 月 (カ月間)	所属施設名： 所属部署名・割合・事例数： 職位：
合 計 [ ]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)

[ ]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 ( )

2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数	年間 ( ) 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 ( ) 名 ( ) 認定看護師 ( ) 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 ( ) 緩和ケア経験年数 ( ) 年・年以上

施設2: 施設名 ( )

2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数	年間 ( ) 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 ( ) 名 ( ) 認定看護師 ( ) 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 ( ) 緩和ケア経験年数 ( ) 年・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	年間 ( ) 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 ( ) 名 ( ) 認定看護師 ( ) 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 ( ) 緩和ケア経験年数 ( ) 年・年以上







## 事例要約書 [がん化学療法看護]

氏名\_\_\_\_\_ 印

### 事例 [     ]

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

1 事例A4用紙1枚まで

## 緩和ケア事例要約書A-①

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<b>事例1</b> : 受け持った期間 年 月 日 ~ 年 月 日	<b>【現疾患・治療の概要】</b>	<b>【アセスメント及び問題点】</b>
<b>【患者プロフィール (疾患名・家族背景他)】</b>		
<b>【看護の展開】</b>		

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

## 緩和ケア事例要約書A-②

氏名 \_\_\_\_\_ 印

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

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

## 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>
<p>【患者プロフィール（疾患名、患者・家族背景他）】</p>	
<p>【アセスメント】</p>	<p>【看護上の問題点】</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ください。

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ください。

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	施設名：
<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 :

注) 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。

## 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ください。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"> <li>・氏名は手書きの自署となっているか。</li> </ul>	
2	所属機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・正式な施設名を記入しているか。</li> </ul>	
	履歴書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属機関名は正式名を記入しているか。</li> <li>・現在離職中の場合は「離職中」と明記</li> <li>・学歴は高校卒業から記入しているか。</li> </ul>	
3	勤務証明書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務証明書の勤務期間が<b>2012年3月末日現在</b>で書かれているか。</li> <li>・勤務証明者の捺印はあるか。</li> <li>・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）</li> <li>・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</u>勤務証明書をとっているか。 （※勤務期間の合計が60ヵ月以上になるまで）</li> <li>・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。</li> <li>・訂正の場合は必ず訂正印押印されているか。</li> </ul>	
4	実務研修報告書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修期間が2012年3月末日現在で書かれているか。</li> <li>・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。</li> </ul>	
5	志望理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名は手書きの自署となっているか。</li> <li>・捺印はあるか。</li> </ul>	
6	事例要約書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・枚数の超過なくそれぞれA41枚の中で収まっているか。</li> </ul>	
7	連絡先	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急連絡先を楷書でわかりやすく記入しているか。</li> </ul>	
その他	免許証コピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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ください。A4サイズ縮小コピーのこと。</li> </ul>	
	写真	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受験票B用写真1枚を送付してください。 注）写真の裏に受験課程名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ください。</li> </ul>	
	受験票郵送用封筒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住所・氏名明記した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。</li> </ul>	
	合否用返信封筒 宛名ラベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住所と氏名明記した宛名ラベルを同封しているか。</li> </ul>	