

# 記入見本

## 目 次

履歴書（様式2）

実務研修報告書 クリティカルケア学科（様式3-クリ）

実務研修報告書 皮膚・排泄ケア学科（様式3-皮）

実務研修報告書 感染管理学科（様式3-感）

実務研修報告書 糖尿病看護学科（様式3-糖）

実務研修報告書 認知症看護学科（様式3-認）

勤務証明書（様式4）

記入内容及び送付書類が不十分の場合は受理できないこともあるため、記入例と記入上の注意をよく読み、記入間違い、記入漏れ、不備がないように十分注意すること。

履 歴 書

西暦 2026年 9月 1日現在

写真 貼付  
(40×30mm)  
3か月以内に  
撮影したもの

写真裏面に記名  
様式6 受験票A、B  
と同一の写真を使用すること

|      |                           |     |
|------|---------------------------|-----|
| フリガナ | キヨセ タロウ                   | Ⓐ・女 |
| 氏 名  | 清瀬 太郎                     |     |
| 生年月日 | 西暦 1992年 5月 12日生 (満 34 歳) |     |

|                           |                                                          |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |
|---------------------------|----------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| フリガナ                      | トウキョウト キヨセシ ケンシュウ ハイツカンゴウメゾノ                             |  |  |  | TEL (04X) 49X－746X                                   |   |   |   |   |
| 現住所                       | 〒204-0024<br>東京都清瀬市研修1-2-3 ハイ ツ看護梅園123                   |  |  |  | 携帯電話 090-00X-999X<br>E-mail<br>kango@nuXX. XX. jp    |   |   |   |   |
| フリガナ                      | イリョウホウジンウメゾノカイ ニホンカンゴケンシュウビョウイン                          |  |  |  | 施設概要                                                 |   |   |   |   |
| 所属施設名                     | 医療法人梅園会 日本看護研修病院                                         |  |  |  | 【病床数】 333床<br>【看護体制】 7 対 1                           |   |   |   |   |
| 設置主体                      | ( ⑫ ) ＊「出願書類の記入にあたって」の中から該当番号を記入                         |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |
| 所属施設<br>住 所               | 〒204-0024<br>東京都清瀬市梅園1-2-3                               |  |  |  | TEL<br>( 04X ) 49X－ 746X<br>所属部署もしくは内線番号<br>( 9999 ) |   |   |   |   |
| 免許取得年月日                   | (保健師) 西暦 年 月 日<br>(助産師) 西暦 年 月 日<br>(看護師) 西暦 2014年 5月 1日 |  |  |  | 号<br>号<br>999999999号                                 |   |   |   |   |
| 日本看護協会会員番号 (8桁) ※会員の場合のみ  |                                                          |  |  |  | 9                                                    | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 修了した<br>特定行為研修<br>(見込を含む) | ※修了しているものに○をつける                                          |  |  |  | ※履修免除の希望                                             |   |   |   |   |
|                           | ( ) 1. 共通科目<br>( ) 2. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連                  |  |  |  | 1. あり ・ なし<br>2. あり ・ なし                             |   |   |   |   |
| 学 歴 (高等学校卒業時から記入)         |                                                          |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |
| 西暦<br>2010年3月             | 東京都立梅園高等学校 卒業                                            |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |
| 2010年4月                   | 東京都立梅園大学 看護学部 入学                                         |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |
| 2014年3月                   | 同校 卒業                                                    |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |
| 年 月                       | <div>・ 見本に沿って記入すること。<br/>・ 職歴は記入しない。</div>               |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |
| 年 月                       |                                                          |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |
| 年 月                       |                                                          |  |  |  |                                                      |   |   |   |   |

# 実務研修報告書 クリティカルケア学科

## 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

| (西暦で記入)                                             |                                                             |                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位)              |                                                             |                                 |
| 2014年4月～2016年3月<br>( 24か月間)                         | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 内科病棟                           | 職位：スタッフナース                      |
| 2016年4月～2019年3月<br>( 36か月間)                         | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： ICU                            | 職位：スタッフナース                      |
| 2019年4月～2026年8月<br>( 89か月間)                         | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 高度救急救命センター                     | 職位：主任                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 合 計                                                 |                                                             | 149か月間 ( 12年 5か月) ※2026年8月31日現在 |
| 1-2) 全実務研修期間のうち認定看護分野に関わるもの (所属施設名、所属部署名、職位)        |                                                             |                                 |
| ※所属部署名については、クリティカルケア部門(救急、集中治療部門等)における分野歴がわかるよう記入する |                                                             |                                 |
| 2016年4月～2019年3月<br>( 36か月間)                         | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： ICU                            | 職位：スタッフナース                      |
| 2019年4月～2026年8月<br>( 89か月間)                         | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 高度救急救命センター 手術室 (*****患者が年間 □例) | 職位：主任                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                  | 所属施設名：<br>所属部署名：                                            | 職位：                             |
| 認定看護分野歴合計                                           |                                                             | 125か月間 ( 10年 5か月) ※2026年8月31日現在 |

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2 か所とも記入する

## 2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記入する)

- ・前頁1-2)認定看護分野歴で記載した期間、クリティカルケア部門において、  
疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患者の看護を担当した事例数（概算）  
通算（●）例  
※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

## 3. 認定看護分野歴における実務研修施設 概要

※最低3年間の認定看護分野歴における 施設の実績 について記入する

施設が複数の場合（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合）、施設ごとに実績を記入する（様式をコピーして記入する）

クリティカルケア分野における実績：施設名（●●法人●●会●●病院）

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3-1) クリティカルケア分野に関する患者の年間症例数                                                                                      | 1. 救急看護を受ける患者：●●例/年<br>2. 集中ケアを必要とする患者：●例/年<br>（救急看護及び集中ケアを必要とする患者の年間の概算数を記入）                                                                                                                                                                        |
| 3-2) クリティカルケアにおける診療報酬の有無                                                                                         | 1. 救命救急入院料：(有) ・ 無<br>2. 特定集中治療室管理料：(有) ・ 無<br>3. 呼吸ケアチーム加算：(有) ・ 無<br>4. 院内トリアージ実施料：(有) ・ 無<br>5. 夜間休日救急搬送医学管理料：(有) ・ 無<br>6. 早期離床、リハビリテーション加算：(有) ・ 無<br>7. 重症患者対応体制強化加算：(有) ・ 無<br>8. 重症患者搬送加算：(有) ・ 無<br>9. 覚醒試験加算：(有) ・ 無<br>10. 離脱試験加算：(有) ・ 無 |
| 3-3) クリティカルケア分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数<br><br>※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身がクリティカルケア分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入する | 1. 救急看護認定看護師：(有) (●名) ・ 無<br>2. 集中ケア認定看護師：(有) (●名) ・ 無<br>3. クリティカルケア認定看護師：(有) (●名) ・ 無<br>4. 急性・重症患者看護専門看護師：(有) (●名) ・ 無<br>5. いずれも無の場合<br>実務研修指導者：<br><br>例) 実務研修指導者：教育担当師長、クリティカルケア分野における経験5年以上を有する主任等                                            |

3-3)※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の5年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。

## 4. 学会及び研修会等の実績

## 認定看護分野歴における実績

## 4-1) 主な研修内容 (専門領域における研修会等への参加)

例) 2016年5月 ACLSプロバイダーコース受講

2017年3月 日本救急看護学会主催●●セミナー受講

2019年8月 日本集中治療医学会ICU・CCUセミナー 中級受講

## 4-2) 看護研究業績 (学会及び研究会等での発表・学術誌投稿業績など)

## 例) 研究発表の場合

筆頭演者名 (他○名), 演題, 発表学術集会名, 発表年月. の順に記入

○田○子 (他3名), 外傷患者の△△△△, 第○回日本××看護学会学術集会, 2017年5月.

## 例) 論文投稿や雑誌等への執筆の場合

筆頭著者名 (他○名), タイトル, 雑誌名. 巻 (号), ページ, 発行年. の順に記入

○川○夫 (他2名), ERにおける△△△△, 日本××学会雑誌, 15 (6), 33-44, 2019年.

- ・記入見本に沿って書式を統一すること。
- ・学会名、研修名、年月日、演題名、などの記入漏れがないようにすること。
- ・実績がない場合は記入なし。

## 5. 志望理由

**枠内に記入すること  
文字ポイント、枠のサイズ変更は不可と  
する**

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

## 【入試担当者チェック欄】

- ☐ 免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。(必須要件)
- ☐ 通算3年以上、**この欄にはチェックしないこと**  
救急・集中治療部門(集中治療部門等。ただし、手術室・NICUは除く)での看護実績を有している。(必須要件)
- ☐ 疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患者の看護を5例以上担当した実績(生命維持装置を装着した患者の看護)を有している。(必須要件)  
**受験する学科の様式であることを必ず確認すること**
- ☐ 現在クリティカルケア部門で勤務している、またはクリティカルケア部門での勤務が予定されている。(望ましい要件)
- ☐ 救急蘇生(二次救命措置等)に関する知識・技術を有している。(望ましい要件)

## 実務研修報告書 皮膚・排泄ケア学科

## 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

| (西暦で記入)                                      |                                                            |                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位)       |                                                            |                                                                                                                           |
| 2014年 4月～2016年3月<br>(24か月間)                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 精神神経内科病棟                      | 職位：スタッフナース                                                                                                                |
| 2016年 4月～2019年3月<br>(36か月間)                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 一般外科病棟                        | 職位：スタッフナース                                                                                                                |
| 2019年 4月～2026年8月<br>(89か月間)                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器外科病棟                       | 職位：主任                                                                                                                     |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                           | <div>計算の間違いが多くなっているの<br/>で、必ず確認をすること。</div> <div>2026年8月31日時点での期<br/>間を記入すること。計算の<br/>間違いが多くなっているの<br/>で、必ず確認をすること。</div> |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                           |                                                                                                                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                           |                                                                                                                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                           |                                                                                                                           |
| 合 計                                          |                                                            | 149か月間 ( 12年 5か月) ※2026年8月31日現在                                                                                           |
| 1-2) 全実務研修期間のうち認定看護分野に関わるもの (所属施設名、所属部署名、職位) |                                                            |                                                                                                                           |
| ※所属部署名については、皮膚・排泄ケア領域における分野歴がわかるよう記入する       |                                                            |                                                                                                                           |
| 2016年 4月～2019年3月<br>(36か月間)                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 一般外科病棟 (皮膚・排泄ケアを受ける患者が□%を占める) | 職位：スタッフナース                                                                                                                |
| 2019年 4月～2026年8月<br>(89か月間)                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器外科病棟                       | 職位：主任                                                                                                                     |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 認定看護分野での実務研修に該当し<br>ていることがわかるように部署の詳<br>細を追記する。            | 職位：                                                                                                                       |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           |                                                            | 職位：                                                                                                                       |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                           | スタッフナース以外は、院内の規定<br>にある正式な職位を記入すること                                                                                       |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                           |                                                                                                                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                           | 職位：                                                                                                                       |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                           | 職位：                                                                                                                       |
| 認定看護分野歴合計                                    |                                                            | 125か月間 ( 10年 5か月) ※2026年8月31日現在                                                                                           |

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2か所とも記入する

## 2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記入する)

2-1) 前頁1-2) に記入した認定分野歴に記入した期間における担当事例数(概算)

ストーマケアを担当した事例数：通算 ( ● ) 例

創傷ケアを担当した事例数：通算 ( ● ) 例

失禁ケアを担当した事例数：通算 ( ● ) 例

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

2-2) 皮膚・排泄ケア領域における外来または在宅看護の経験： (有) ・ 無

## 3. 認定看護分野歴における実務研修施設 概要

※最低3年間の認定看護分野歴における **施設の実績** について記入する

施設が複数の場合（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合）、施設ごとに実績を記入する（様式をコピーして記入する）

皮膚・排泄ケア分野における実績：施設名 ( ●●法人●●会●●病院 )

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>3-1) 皮膚・排泄ケア分野における診療報酬の有無</p> <p>※いずれも無の場合のみ、褥瘡ケアに係る専任の看護師の有無を記入する</p>                                        | <p>1. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算算定： (有) ・ 無</p> <p>2. 排尿自立支援加算算定： (有) ・ 無</p> <p>3. 在宅患者訪問看護・褥瘡専門訪問看護指導料算定： (有) ・ 無</p> <p>4. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料： (有) ・ 無</p> <p>5. がん患者指導管理料： (有) ・ 無</p> <p>6. 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算算定： (有) ・ 無</p> <p>7. 持続的難治性下痢便ドレナージ加算算定： (有) ・ 無</p> <p>8. 糖尿病合併症管理料算定： (有) ・ 無</p> <p>9. 当該分野に関する専門医または認定医： (有) ・ 無</p> <p>10. いずれも無の場合<br/>褥瘡ケアに係る専任の看護師： 有 ・ 無</p> |
| <p>3-2) 皮膚・排泄ケア分野に関する専門外来の有無及び年間外来受診者数</p>                                                                       | <p>1. ストーマ外来： (有) (年間 ●例) ・ 無</p> <p>2. 失禁外来： (有) (年間 ●例) ・ 無</p> <p>3. 創傷外来： (有) (年間 ●例) ・ 無</p> <p>4. その他： ( ●● ) 外来 (年間 ●例)</p> <p>5. 当該分野に関する専門医または認定医： (有) ・ 無</p>                                                                                                                                                                                                |
| <p>3-3) 皮膚・排泄ケア分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数</p> <p>※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が皮膚・排泄ケア分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入する</p> | <p>1. 皮膚・排泄ケア認定看護師： (有) ( ●名) ・ 無</p> <p>2. 糖尿病看護認定看護師： (有) ( ●名) ・ 無</p> <p>3. 特定行為研修 創傷管理関連 修了者： (有) ( ●名) ・ 無</p> <p>4. いずれも無の場合<br/>実務研修指導者：<br/><br/>例) 実務研修指導者：教育担当師長、皮膚・排泄ケア分野における経験5年以上を有する主任等</p>                                                                                                                                                             |

3-3) ※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の5年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。

## 4. 学会及び研修会等の業績

## 認定看護分野歴における実績

## 4-1) 主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）

例) 2016年2月 ●●学会ストーマケア教育セミナー受講  
2021年6月 第●回日本●●看護学会教育セミナー参加

- ・記入見本に沿って書式を統一すること。
- ・学会名、研修名、年月日、演題名、などの記入漏れがないようにすること。
- ・実績がない場合は記入なし。

## 4-2) 看護研究業績（学会及び研究会等での発表・学術誌投稿業績など）

## 例) 研究発表の場合

筆頭演者名（他●名），演題，発表学術集会名，発表年月．の順に記入

●田●子（他3名），褥瘡ケアにおける▲▲▲▲、第●回日本××看護学会学術集会，2014年5月．

## 例) 論文投稿や雑誌等への執筆の場合

筆頭著者名（他●名），タイトル，雑誌名．巻（号），ページ，発行年．の順に記入

●川●夫（他2名），スキンケアの▲▲▲▲，日本××学会雑誌，15（6），33－44，2019年．

## 5. 志望理由

**枠内に記入すること  
文字ポイント、枠のサイズ変更は不可とする**

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

## 【入試担当者チェック欄】

- この欄にはチェックしないこと  
受験する学科の様式であることを  
必ず確認すること**
- ☐ 免許取得後、通算5年以上の専攻研修をしている。（必須要件）
  - ☐ 通算3年以上、皮膚・排泄ケア専攻の専攻看護実践者である。（必須要件）
  - ☐ 皮膚・排泄ケア領域に専攻看護を1年以上担当した実績を有している。ただし、創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各1事例以上含んでいる。（必須要件）
  - ☐ 現在、皮膚・排泄ケア領域における看護を行う臨床現場に勤務している。（望ましい要件）



# 実務研修報告書 感染管理学科

## 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

| (西暦で記入)                                                                                                                         |                                              |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位)                                                                                          |                                              |                                                                                                                           |
| 2014年 4月～ 2016年 3月<br>( 24か月間)                                                                                                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 精神神経科病棟         | 職位：スタッフナース                                                                                                                |
| 2016年 4月～ 2019年 3月<br>( 36か月間)                                                                                                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器外科病棟         | 職位：スタッフナース                                                                                                                |
| 2019年 4月～ 2026年8月<br>( 89か月間)                                                                                                   | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器外科病棟         | 職位：主任                                                                                                                     |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                                                                                              | 所属施設名：<br>所属部署名：                             | <div>計算の間違いが多くなっているの<br/>で、必ず確認をすること。</div> <div>2026年8月31日時点での期<br/>間を記入すること。計算の<br/>間違いが多くなっているの<br/>で、必ず確認をすること。</div> |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                                                                                              | 所属施設名：<br>所属部署名：                             |                                                                                                                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                                                                                              | 所属施設名：<br>所属部署名：                             |                                                                                                                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                                                                                              | 所属施設名：<br>所属部署名：                             |                                                                                                                           |
| 合 計                                                                                                                             |                                              | 149か月間 ( 12年 5か月) ※2026年8月31日現在                                                                                           |
| 1-2) 全実務研修期間のうち認定看護分野に関わるもの (所属施設名、所属部署名、職位)                                                                                    |                                              |                                                                                                                           |
| ※所属部署名については、感染管理における分野歴がわかるように記入する (感染対策室を含む)<br>例：専任感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、ASTメンバー、ICCメンバー、病棟における<br>感染対策係、感染管理担当主任、感染管理担当師長など |                                              |                                                                                                                           |
| 2016年 4月～ 2019年 3月<br>( 36か月間)                                                                                                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器外科病棟、感染対策係   | 職位：スタッフナース                                                                                                                |
| 2019年 4月～ 2023年 3月<br>( 48か月間)                                                                                                  | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器外科病棟、リンクナース  | 職位：主任                                                                                                                     |
| 2023年 4月～ 2026年8月<br>( 41か月間)                                                                                                   | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器外科病棟、ICTメンバー | 職位：主任                                                                                                                     |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                                                                                              | 所属施設名：<br>所属部署名：                             | 職位：                                                                                                                       |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                                                                                              | 所属施設名：<br>所属部署名：                             | 職位：                                                                                                                       |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                                                                                              | 所属施設名：<br>所属部署名：                             | 職位：                                                                                                                       |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                                                                                                              | 所属施設名：<br>所属部署名：                             | 職位：                                                                                                                       |
| 認定看護分野歴合計                                                                                                                       |                                              | 125か月間 ( 10年 5か月) ※2026年8月31日現在                                                                                           |

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2 か所とも記入する

## 2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記入する)

|                                                                     |                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 上記1-2) 認定看護分野歴に記載した期間において、医療関連感染サーベイランス・マニュアル作成・管理活動等について担当した具体的な内容 |                                                                                                               |
| 医療関連感染サーベイランス<br>(計画から実施・評価まで担当した項目に○、その他は具体的に記入する)                 | 手術部位感染 (○)、血管内留置カテーテル関連感染 (○)、<br>尿路カテーテル関連感染 ( )、人工呼吸器関連肺炎 ( )、<br>その他 ( )                                   |
| 感染予防・管理活動<br>(ICTやリンクナースなどの<br>チーム活動を含む)                            | 具体的な活動内容：<br>例) ・手指衛生の遵守率向上のための啓発活動 (毎月の手指消毒剤の<br>使用量算出等)<br>・ICT環境ラウンド (ICTやリンクナースとして各部署の環境チェッ<br>ク用紙を用いて確認) |
| 感染管理に関する研修会等の<br>企画や開催                                              | 対象：例) ①全職員 ②新人看護師<br>内容：例) ①院内感染対策研修会<br>②感染対策研修会                                                             |
| マニュアル作成<br>(掲示物や手順書の作成等を含<br>む)                                     | 具体的な作成物とその内容：<br>・手指衛生啓発ポスターやリーフレットの作成<br>・个人防护具の着脱方法についてのマニュアルや手順書作成                                         |

## 3. 認定看護分野歴における実務研修施設 概要

※最低3年間の認定看護分野歴における **施設の実績** について記入する

施設が複数の場合 (現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合)、施設ごとに実績を記入する (様式をコピーして記入する)

感染管理分野における実績：施設名 ( ●●法人 ●●会 ●●病院 )

|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3-1) 施設で実施している医療関連感染<br>サーベイランスの種類                                                                                 | 例) ○○サーベイランス、△△サーベイランス)                                                                                                                                                                 |
| 3-2) 感染管理の担当部署                                                                                                     | 例) 感染対策室、看護部、ICTなど)                                                                                                                                                                     |
| 3-3) 感染対策における診療報酬の有無<br><br>※1. が無の場合のみ、ICT配置の有無及<br>びICTミーティングやラウンドの年間回<br>数を記入する                                 | 1. 感染対策向上加算： 有 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) ・ 無<br>2. 外来感染対策向上加算 有 ・ 無<br>3. 高齢者施設等感染対策向上加算 ( I、II )<br>4. 障害者支援施設等感染対策向上加算 ( I、II )<br><br>(1. が無の場合)<br>感染対策チーム： 有 ・ 無<br>ミーティング： ●回/年<br>ラウンド： ●回/年 |
| 3-4) 感染管理分野の認定看護師及び関<br>連する認定看護師・専門看護師の<br>分野と人数<br><br>※上記該当がない場合のみ、受験申<br>請者自身が感染管理分野の実務研修に<br>おいて主に指導を受けた人を記入する | 1. 感染管理認定看護師： 有 ( ●名 ) ・ 無<br>2. 感染症看護専門看護師： 有 ( ●名 ) ・ 無<br>3. いずれも無の場合<br>実務研修指導者：<br><br>例) 教育担当部長、専任の感染管理担当者、感染管理分野における経験5<br>年以上を有する主任など                                           |

3-4) ※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の5年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。

## 4. 学会及び研修会等の業績

## 認定看護分野歴における実績

## 4-1) 主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）

- 例) 2016年2月 日本看護協会主催リフレッシュ教育研修 最新感染対策トレーニング参加  
2021年6月 日本●●看護学会主催 感染管理教育セミナー受講

## 4-2) 看護研究業績（学会及び研究会等での発表・学術誌投稿業績など）

## 例) 研究発表の場合

筆頭演者名（他●名），演題，発表学術集会名，発表年月の順に記入  
●田●子（他3名），感染管理における▲▲▲▲，第●回日本××看護学会学術集会，2015年5月。

## 例) 論文投稿や雑誌等への執筆の場合

筆頭著者名（他●名），タイトル，雑誌名，巻（号），ページ，発行年の順に記入  
●川●夫（他2名），MRSA感染者の▲▲▲▲，日本××学会雑誌，15（6），33－44，2021年。

## 5. 志 望 理 由

- ・記入見本に沿って書式を統一すること。
- ・学会名、研修名、年月日、演題名、などの記入漏れがないようにすること。
- ・実績がない場合は記入なし。

**枠内に記入すること  
文字ポイント、枠のサイズ変更は不可とする**

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

## 【入試担当者チェック欄】

- ☐ 免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。（必須要件）
- ☐ 通算3年以上、感染管理に関する活動実績（感染対策委員会、ICT、リンクナース会等）を有している。（必須要件）
- ☐ 感染予防・管理等において、自身が実施した○○等の改善実績を1事例以上有する。（必須要件）
- ☐ 医療関連感染サーベイランスについて計画から実施・評価まで担当した実績を1事例以上有する。（望ましい要件）
- ☐ 現在、医療施設等において、専任または兼任として感染管理に携わっている。（望ましい要件）

**この欄にはチェックしないこと  
受験する学科の様式であることを  
必ず確認すること**

# 実務研修報告書 糖尿病看護学科

## 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

| (西暦で記入)                                      |                                                           |                                                                                                                         |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位)       |                                                           |                                                                                                                         |
| 2014年 4月～ 2015年 3月<br>( 12か月間)               | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： ICU                          | 職位：スタッフナース                                                                                                              |
| 2015年 4月～ 2020年 3月<br>( 60か月間)               | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器内科病棟                      | 職位：スタッフナース                                                                                                              |
| 2020年 4月～ 2026年8月<br>( 77か月間)                | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器内科病棟                      | 職位：主任                                                                                                                   |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          | <div>計算の間違が多くなっているの<br/>で、必ず確認をすること。</div> <div>2026年8月31日時点での期<br/>間を記入すること。計算の<br/>間違が多くなっている<br/>ので、必ず確認をすること。</div> |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          |                                                                                                                         |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          |                                                                                                                         |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          |                                                                                                                         |
| 合 計                                          |                                                           | 149か月間 ( 12年 5か月) ※2026年8月31日現在                                                                                         |
| 1-2) 全実務研修期間のうち認定看護分野に関わるもの (所属施設名、所属部署名、職位) |                                                           |                                                                                                                         |
| ※所属部署名については、糖尿病看護における分野歴がわかるように記入する          |                                                           |                                                                                                                         |
| 2015年 4月～ 2020年 3月<br>( 60か月間)               | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器内科病棟 (糖尿病看護を受ける患者が□%を占める) | 職位：スタッ<br>フナース                                                                                                          |
| 2020年 4月～ 2026年8月<br>( 77か月間)                | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 消化器内科病棟 (糖尿病看護を受ける患者が△%を占める) | 職位：主任                                                                                                                   |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          | <div>認定看護分野での実務研修に該当している<br/>ことがわかるように部署の詳細を追記する。</div>                                                                 |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          |                                                                                                                         |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          | 職位：                                                                                                                     |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          | 職位：                                                                                                                     |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          | 職位：                                                                                                                     |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                           | 所属施設名：<br>所属部署名：                                          | 職位：                                                                                                                     |
| 認定看護分野歴合計                                    |                                                           | 137か月間 ( 11年 5か月) ※2026年8月31日現在                                                                                         |

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2か所とも記入する

## 2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記入する)

2-1) 前頁1-2)に記載した認定分野歴に記入した期間において、インスリン療法を行なっている糖尿病患者または糖尿病合併症を有する患者の看護を担当した事例数(概算)：通算 ( ● ) 例

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

2-2) 外来における糖尿病看護の経験：(有) ・ 無

2-3) 糖尿病教室や公開講座などの患者教育の経験：(有) ・ 無

## 3. 認定看護分野歴における実務研修施設 概要

※最低3年間の認定看護分野歴における 施設の実績 について記入する

施設が複数の場合（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合）、施設ごとに実績を記入する（様式をコピーして記入する）

糖尿病看護分野における実績：施設名 ( ●●法人●●会●●病院 )

|                                                                                 |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>3-1) 糖尿病看護分野における診療報酬算定の有無</p> <p>※「無」の場合のみ、糖尿病看護に係る専任の看護師の有無を記入する</p>        | <p>1. 糖尿病合併症管理料：(有) ・ 無</p> <p>2. 糖尿病透析予防指導管理料：(有) ・ 無</p> <p>3. (1.2.が「無」の場合)</p> <p>糖尿病看護に係る専任の看護師：(有) ・ 無</p> <p>4. 当該分野に関する専門医または認定医：(有) ・ 無</p>                 |
| <p>3-2) 糖尿病看護分野に関する専門外来の有無及び糖尿病患者の年間外来受診者数</p> <p>※年間外来受診者数は専門外来、非専門外来を問わない</p> | <p>1. 糖尿病看護分野に関する専門外来：(有) ・ 無</p> <p>2. 糖尿病患者の年間外来受診者数 ( ● ) 例／年</p>                                                                                                 |
| <p>3-3) 糖尿病看護分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数</p>                                | <p>1. 糖尿病看護認定看護師：(有) ( ●名 ) ・ 無</p> <p>2. 慢性疾患看護専門看護師：(有) ( ●名 ) ・ 無</p> <p>3. 皮膚・排泄ケア認定看護師：(有) ( ●名 ) ・ 無</p> <p>4. 特定行為研修 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 修了者：(有) ( ●名 ) ・ 無</p> |

## 4. 学会及び研修会等の業績

## 認定看護分野歴における実績

## 4-1) 主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）

例) 2016年2月 日本糖尿病教育・看護学会主催 糖尿病重症化予防（フットケア）研修受講

2016年6月 ○○県糖尿病研究会 ○○セミナー 企画運営

## 4-2) 看護研究業績（学会及び研究会等での発表・学術誌投稿業績など）

例) 研究発表の場合

筆頭演者名（他○名），演題，発表学術集会名，発表年月．の順に記入

○田○子（他3名），糖尿病患者における△△△△，第○回日本××看護学会学術集会，2022年5月．

例) 論文投稿や雑誌等への執筆の場合

筆頭著者名（他○名），タイトル，雑誌名．巻（号），ページ，発行年．の順に記入

○川○夫（他2名），教育入院の△△△△，日本××学会雑誌，15（6），33－44，2023年．

4-3) 日本糖尿病療養指導士の資格： 有 ・ ☒ 無

・ 記入見本に沿って書式を統一すること。

・ 学会名、研修名、年月日、演題名、など

の記入漏れがないようにすること。

・ 実績がない場合は記入なし。

## 5. 志 望 理 由

・ どちらかに○をすること。

**枠内に記入すること  
文字ポイント、枠のサイズ変更は不可と  
する**

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

## 【 入試担当者チェック欄 】

☐ 免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。（必須要件）

☐ 通算3年以上、糖尿病患者の多い病棟、または外来・在宅ケア領域での看護実績を有する。（必須要件）

☐ インスリン療法を1例以上担当し、糖尿病合併症を有する患者の看護を、合わせて5例以上担当した実績（外来または在宅ケア領域での療養支援を1例以上含む）を有する。（必須要件）※1例以上の経験があることが望ましい。

☐ 現在、糖尿病患者の多い病棟・外来・在宅ケア領域で勤務している。（望ましい要件）

☐ 糖尿病及び糖尿病療養支援に関する知識を有し、糖尿病教室や公開講座などの患者教育を実施した実績がある。（望ましい要件）

# 実務研修報告書 認知症看護学科

## 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

|                                         |                                                    |                                                                 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| (西暦で記入)                                 |                                                    |                                                                 |
| 1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位)  |                                                    |                                                                 |
| 2014年 4月～ 2015年 3月<br>( 12か月間)          | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 小児科病棟                 | 職位：スタッフナース                                                      |
| 2015年 4月～ 2017年 3月<br>( 24か月間)          | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 神経内科病棟                | 職位：スタッフナース                                                      |
| 2017年 4月～ 2026年8月<br>( 113か月間)          | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 神経内科病棟                | 職位：主任                                                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   | 計算の間違いが多くなっているの<br>で、必ず確認をすること。                                 |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   |                                                                 |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   | 2026年8月31日時点での期<br>間を記入すること。計算の<br>間違いが多くなっているの<br>で、必ず確認をすること。 |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   |                                                                 |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   |                                                                 |
| 合 計                                     | 149か月間 ( 12年 5か月) ※2026年8月31日現在                    |                                                                 |
| 1-2) 全実務研修期間のうち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名、職位) |                                                    |                                                                 |
| ※所属部署名については、認知症看護における分野歴がわかるよう記入する      |                                                    |                                                                 |
| 2015年 4月～ 2017年 3月<br>( 24か月間)          | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 神経内科病棟 (認知症患者が□%を占める) | 職位：スタッフナース                                                      |
| 2017年 4月～ 2026年8月<br>( 113か月間)          | 所属施設名： ●●法人●●会●●病院<br>所属部署名： 神経内科病棟 (認知症患者が□%を占める) | 職位：主任                                                           |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   | 職位：                                                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 認定看護分野での実務研修に該当して<br>いることがわかるように部署の詳細を<br>追記する。    | 職位：                                                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      |                                                    | 職位：                                                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   | 職位：                                                             |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   | スタッフナース以外は、院内の規定<br>にある正式な職位を記入すること。                            |
| 年 月～ 年 月<br>( か月間)                      | 所属施設名：<br>所属部署名：                                   | 職位：                                                             |
| 認定看護分野歴合計                               | 137か月間 ( 11年 5か月) ※2026年8月31日現在                    |                                                                 |

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2か所とも 記入する

## 2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記入する)

前頁1-2)認定看護分野歴で記載した期間において認知症の人の看護を担当した事例数 (概算)

通算( ● )例

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

## 3. 認定看護分野歴における実務研修施設 概要

※最低3年間の認定看護分野歴における 施設の実績 について記入する

施設が複数の場合 (現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合)、施設ごとに実績を記入する (様式をコピーして記入する)

認知症看護分野における実績 : 施設名 ( ●●法人●●会●●病院 )

|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3-1) 認知症看護分野における認知症の年間症例数                                                                                | 1. 認知症の症例 : ●●例/年                                                                                                                                                                                                                          |
| 3-2) 認知症看護分野における診療報酬の有無                                                                                  | 1. 認知症治療病棟入院料 : (有) ・ 無<br>2. 精神科身体合併症管理加算 : (有) ・ 無<br>3. 退院調整加算 : (有) ・ 無<br>4. 退院時共同指導料2 : (有) ・ 無<br>5. 精神科リエゾンチーム加算 : 有 ・ (無)<br>6. 認知症ケア加算1 : (有) ・ 無<br>7. 認知症ケア加算2 : 有 ・ (無)<br>8. 認知症ケア加算3 : 有 ・ (無)<br>9. せん妄ハイリスク患者ケア加算 (有) ・ 無 |
| 3-3) 認知症看護分野に関する専門外来の有無                                                                                  | 1. 認知症専門外来 : 有 ・ (無)                                                                                                                                                                                                                       |
| 3-4) 認知症看護分野の認定看護師及び認知症看護分野に関連する専門看護師の分野と人数<br><br>※上記該当者がいない場合のみ、受験申請者自身が認知症看護分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入する | 1. 認知症看護認定看護師 : (有) ( ●●名 ) ・ 無<br>2. 老人看護専門看護師 : (有) ( ●●名 ) ・ 無<br>3. いずれも無の場合<br>実務研修指導者 :<br><br>例) 教育担当師長、認知症看護分野における経験5年以上を有する主任等                                                                                                    |

3-4)※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の5年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。



## 4. 学会及び研修会等の業績

認定看護分野歴における研修の実績

4-1) 主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）

例) 2015年2月 東京都主催 認知症対策研修 受講

2022年6月 第〇回日本〇〇看護学会 認知症ケアセミナー 受講

4-2) 看護研究業績（学会及び研究会等での発表・学術誌投稿業績など）

例) 研究発表の場合

筆頭演者名（他〇名），演題，発表学術集会名，発表年月．の順に記入

〇田〇子（他3名），認知症の人の△△△△，第〇回日本××看護学会学術集会，2020年5月．

例) 論文投稿や雑誌等への執筆の場合

筆頭著者名（他〇名），タイトル，雑誌名．巻（号），ページ，発行年．の順に記入

〇川〇夫（他2名），認知症介護家族への△△△△，日本××学会雑誌，15（6），33-44，2021年．

4-3) その他（社会的活動：例 地域サポーター、キャラバン・メイト、家族会等）

例) 〇〇年〇〇月～ 認知症サポーター（現在に至る）

- ・記入見本に沿って書式を統一すること。
- ・学会名、研修名、年月日、演題名、などの記入漏れがないようにすること。
- ・実績がない場合は記入なし。

## 5. 志 望 理 由

**枠内に記入すること  
文字ポイント、枠のサイズ変更は不可と  
する**

※ 受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

## 【 入試担当者チェック欄 】

- この欄にはチェックしないこと  
受験する学科の様式であることを  
必ず確認すること**
- ☐ 免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。（必須要件）
  - ☐ 通算3年以上、認知症の人の多い施設（在宅ケア領域を含む）での看護実績を有する。（必須要件）
  - ☐ 認知症の人の看護を3例以上担当した実績を有する。（必須要件）
  - ☐ 現在、認知症の人の多い医療・福祉施設（在宅ケア領域を含む）等で認知症の人の看護実践に携わっている。（望ましい要件）

## 勤務証明書

記入日 西暦 ●● 年 ●月 ●日

申請者氏名 : ●● ●●

勤務期間から休職期間を引いて記載する

○上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します

| 常勤勤務<br>期間  | 勤務期間                 |                     | 休職期間   | 通算常勤勤務期間      |
|-------------|----------------------|---------------------|--------|---------------|
|             | (西暦)<br>2020 年 4 月から | (西暦)<br>2026 年 8 月迄 | 1 年 か月 | 5 年 5 か月      |
| 非常勤勤務<br>期間 | 勤務期間                 |                     | 休職期間   | 通算非常勤勤務期<br>間 |
|             | (西暦)<br>2019 年 4 月から | (西暦)<br>2020 年 3 月迄 | 年 か月   | 1年 か月         |
| 合計通算年数      |                      |                     |        | 6 年 5 か月      |

○所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

常勤と非常勤の勤務期間の合計

所属部署、具体的な特徴、実績年数を記載する

※ 「看護業務 ●年」など具体性のないものは不可

機関（施設）名 :

職位名\* :

氏 名 :

機関（施設）所在地 :

印

TEL :

\* 病院長あるいは看護部長が発行すること。

・ 手書きの場合は、ボールペン（フリクションペン不可）を使用すること。

・ 原本を提出すること。

・ 勤務期間が5年に満たない場合は、前の職場の勤務証明書と合算して、  
5年以上の看護実績となるようにすること。※ 前の職場の証明書のみで5年を満たしても、  
現在の職場の勤務証明書は必須となるため注意すること。