

静岡県立静岡がんセンター
認定看護師教育課程（B 課程）
2026 年度入学試験出願書類一式
【 ●●分野 】

<記入見本>

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| 1) 入学願書 | (様式 1) |
| 2) 履歴書 | (様式 2) |
| 3) 受験志望動機 | (様式 3) |
| 4) 実務研修報告書 | (様式 4-1、4-2) |
| 5) 勤務証明書 | (様式 5) |
| 6) 特定行為研修臨地実習における
自施設での実施同意書 | (様式 6) |
| 7) 受験票 | (様式 7) |
| 8) 振込通知書 | (様式 8) |

提出書類記入にあたり、<記入見本>を参照してください。
書類に不備がある場合、受理しませんので、ご注意ください。

出願書類の記入についての注意事項

- ・注意事項を確認し、書き方見本を参照し記載してください。不備がある場合には、受理しません。
- ・出願書類は、パソコンで記載してください。「勤務証明書」は、手書きも可能です。

出願書類	様式	注意事項
出願書類等チェックリスト	—	・提出時、書類の一番上に付ける ・チェックボックスの該当欄にチェックをいれる
入学願書	1	・氏名は<u>自署</u>とする
履歴書	2	・所属機関名は正式名称で記載する ・学歴は高校卒業から、学科や課程を含め正式名称で記載する ・学歴欄に職歴は書かない
受験志望動機	3	・1枚で収まるように記載する
実務研修報告書	4-1	・実務研修とは看護実務経験のことである ・2025年8月末日現在までの職歴を記載する ・合計月数の計算間違いがないようにする ・<u>部署の終了と次部署の開始が同じ月の場合、開始を翌月からとする</u> ・各認定看護分野における実務内容は、分野に該当する内容を記載する ・看護学校等の教育機関の所属は、「2.認定看護分野以外での看護実務研修期間」にあたる
	4-2	・分野別で記載内容が異なるため、記入見本の注意に従う
勤務証明書	5	・准看護師期間や休職期間(産休、育休、病休等)は在職期間に含まない ・通算5年以上を満たす勤務証明が必要なため、1施設で不足の場合は、<u>現所属施設を含む5年を満たす施設分を添付する</u> ・非常勤の場合は、1800時間以上で1年と換算する ・看護部長または施設長(病院長)が発行したものとする
特定行為研修臨地実習における自施設での実施同意書	6	・施設長もしくは看護部長(または同程度の職位の方)などが記載する
受験票	7	・履歴書と同一の写真を貼付する
振込通知書	8	・ATM等の振込明細書(ネットバンキング利用の場合は、振込がわかる画面を印刷)を貼付する
看護師免許証の写し	—	・A4判に縮小し、白黒コピーをする
特定行為研修修了証の写し ※特定行為研修修了者のみ	—	・特定行為研修を受けた指定研修機関が発行した修了書(もしくはそれに準ずる書類)を、A4判に白黒コピーする

◆特定行為研修区分を修了し免除を希望する者

特定行為研修履修免除申請書	指定の書類	・免除を受けたい区分にチェックをいれる ・氏名は<u>自署</u>とする
特定行為研修内容を示す写し	—	・特定行為研修内容を示す資料(シラバス等)を、A4判に白黒コピーする ・複数頁の場合は、ホチキスで留める
特定行為研修の成績証明書の写し	—	・特定行為研修の成績証明書(もしくはそれに準ずる書類)を、A4判に白黒コピーする

2026 年度入学試験出願書類等チェックリスト

〇〇〇〇〇〇分野 氏名：静岡 花子

・分野名及び氏名は、直筆でも構いません

●チェックリストを表紙として、以下の順に提出してください。

出願書類	様式	確認項目	チェック
入学願書	1	・氏名を自筆で記載している	☐
履歴書	2	・レ点は直筆でも構いません ・提出前に最終チェックを入れてください	☐
受験志望動機	3	・1 枚に記載されている	☐
実務研修報告書	4-1 4-2	・看護実務研修期間及び内容が間違いなく記載されている	☐
勤務証明書	5	・通算 5 年以上の実務実績を満たす分の勤務証明がある	☐
特定行為研修臨地実習における自施設での実施同意書	6	・施設長もしくは看護部長等の押印がある	☐
受験票	7	・必要事項が記載され、写真が貼付されている	☐
振込通知書	8	・振り込みがわかる資料を貼付されている	☐
看護師免許証の写し	—	・免許証の A4 判縮小コピーがある	☐
特定行為研修修了証の写し	—	・特定行為研修修了書のコピーがある	☐ ※該当者
返信用封筒 (レターパックライト)	—	・受験票返信用封筒に返信先(氏名、住所等)が記載されている(2 つ折り)	☐

上記書類をレターパックライトに同封し送付してください。
送付先は、募集要項【提出方法】を参照してください。

入 学 願 書

静岡県立静岡がんセンター 総長 殿

私は、静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程 ●●● 分野 へ入学いたしたく、
関係書類を添えて申請いたします。

分野名を記載してください

記載日（西暦） 20〇〇年 〇 月 〇 日

自筆で署名してください

フリガナ

シズオカ ハナコ

氏 名（自署）

静岡 花子

履 歴 書

(西暦) 20〇〇年 〇月 〇日現在

写真貼付
正面上半身
(4.0×3.0cm)
写真裏面に記名

記載日をいれてください

フリガナ	シズオカ ハナコ
氏 名	静岡 花子
生年月日 (西暦)	1980年 4月

緊急時に連絡がとれる電話番号
とメールアドレスを記載して
ください

フリガナ	シズオカケンジツカシノフモト	ハイツニテイ	TEL・携帯電話
現住所	〒411-0934 静岡県富士山市野麓 1-2-3 ハイツ認定707		090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 メールアドレス hana.shizu@〇〇〇.ne.jp
フリガナ	シズオカケンリツカシズミカンセンター	【病床数】	
所属 機関名 (正式名称)	静岡県立長泉がんセンター		500床
所属機関 所在地	〒411-〇〇〇〇 静岡県駿東郡長泉町泉 17番地		電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇
病院機能	☒ 都道府県がん診療連携拠点病院 ☐ 地域がん診療連携拠点病院 ☐ 地域がん診療病院 ☒ 特定機能病院		
看護師免許取得 年月日	(西暦)	2002年 3月	受講歴がある場合はレ点を記載 してください
特定行為研修 受講歴	有・無 ☒ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与 ☐ 創傷管理関連 ☐ 創部ドレーン管理関連 ☐ その他		
学 歴 (高校卒業時から記入)			
1998年 3月	静岡県立富士山高等学校 卒業		
1998年 4月	静岡県立富士山大学 看護学部 入学		
2002年 3月	同 卒業		
年 月	職歴は記入不要です		
年 月			

受 験 志 望 動 機

1. 下記の内容について記載して下さい。

- 1) 志望動機
- 2) 修了後の活動計画や展望

- ・ フォントは11ポイントで記載してください
- ・ 必ず枠内に記載してください (1枚に収める)

該当する方にチェックを入れてください

2. 他認定看護師教育機関への入学希望の有無

* 合否には一切関係しません

☐ なし

☒ あり

予定校：〇〇研修センター

試験日：〇月〇日

発表日：〇月〇日

入学希望順位 静岡がんセンター (1) 併願校 (2)

※入学についての意向を () 内に数字で順位を記入

2校以上併願する方は、予定校と入学希望順位を追加記載してください

実務研修報告書

- ・実務研修期間及び内容は、2025年8月末までの職歴を記載する
- ＊看護師としての看護実践の全経歴を記載する（准看護師としての看護実践は除く）
- ＊月数は、計算の間違いがないように必ず確認する
- ＊フルタイム勤務でない場合は、150時間を1か月に換算して記入する。

1. 認定看護分野における看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間 (月数)	所属機関名	部署 (診療科)	職位
2002	4	～	2005	3	36	〇〇総合病院	外科混合病棟 (整形外科、脳神経内科)	
2006	4	～	2007	9	18	静岡県立 長泉がんセンター	泌尿器科病棟	

休職期間を除いた実働期間を記載してください

2009	10	～	2011	12	27	静岡県立 長泉がんセンター	泌尿器科病棟	
(短時間勤務:5時間/日の場合)						静岡県立 長泉がんセンター	血液内科病棟	
2012	1	～	2013	12	16			

2012年1月～2013年12月は24ヶ月ですが、150時間を1か月と換算して16か月となります

2014	1	～	2016	3	27	静岡県立 長泉がんセンター	消化器内科病棟	
2016	4	～	2017	3	12	静岡県立 長泉がんセンター	消化器内科病棟	主任
2020	4	～	2024	8	53	静岡県立 長泉がんセンター	婦人科病棟	

職位変更時は新たに記載してください

①合計 189 ヶ月 (※36 か月以上)

2. 認定看護分野以外での看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間 (月数)	所属機関名	部署 (診療科)	職位
2005	4	～	2006	3	12	〇〇クリニック	耳鼻科	
2017	4	～	2020	3	36	訪問看護ステーション△		
		～						

②合計 48 ヶ月

3. 看護実務研修期間の合計

①+② (※60 ヶ月以上)	237 ヶ月 (19 年 8 ヶ月)
----------------	----------------------

合計した月数を年換算してください

実務研修報告書

現在の所属施設に関してのみ、記載してください

所属施設で外来・病棟を合わせたがん薬物療法の件数を記載してください

1. 認定看護分野における施設概要 (施設名 静岡県立長泉がんセンター)

1-1) 施設における当該分野の年間症例数	(3000 例) / 年
1-2) 施設における当該分野の診療加算等	「外来化学療法加算」 ①・2 外来化学療法室設置 ②・無 年間薬物療法件数 入院 (500) 件 / 年 外来 (2500) 件 / 年 所属部署 (60) 件 / 年
1-3) 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	がん化学療法看護認定看護師 (1) 名 がん薬物療法看護認定看護師 (1) 名 がん看護専門看護師 (1) 名 他分野の認定看護師・専門看護師 (4) 名
1-4) 特定行為研修修了者の人数	「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 (1) 名

2. 実務研修の実績 概要

様式4-1で記載した【認定看護分野の看護実務研修期間】の中で、がん薬物療法を受けている患者の投与管理・看護を担当した※通算の事例数	約 20 例
---	--------

※担当したとは、継続的・中心的に関わった事例を指し、5例以上あること

3. 認定看護分野における研修の実績

研修内容 ※学会・研究会・講習会・セミナー等の参加	
20XX 年 7 月	第●回日本臨床腫瘍学会学術集会
年 月	
年 月	最新のものから記載し、枠内に収めてください
年 月	
看護研究業績 ※学会発表・論文・執筆等	
20XX 年 1 月	第●回静岡県看護学会 口演発表
年 月	
年 月	
年 月	

勤務証明書

記入日 (西暦) 20〇〇年 〇月 〇日

受験者氏名： 静岡 花子

上記の者は、当機関(施設)において、以下のとおり勤務している / した(どちらかに○)ことを証明します。

1. 在職期間 (2025 年 8 月末までの記載)

	在職期間 (西暦)	所属部署名 (該当箇所を○をし、 部署記入)	勤務形態 (どちらかに○、フルタイム勤務以外 の場合は年間勤務時間を記入)
1)	2006 年 4 月 ~ 2007 年 9 月	外来・ <u>病棟</u> ・その他 (泌尿器科)	<u>フルタイム勤務</u> ・フルタイム勤務以外(時間/年)
2)	2009 年 10 月 ~ 2011 年 12 月	外来・ <u>病棟</u> ・その他 (泌尿器科)	<u>フルタイム勤務</u> ・フルタイム勤務以外(時間/年)
3)	2012 年 1 月 ~ 2013 年 12 月	外来・ <u>病棟</u> ・その他 (血液内科病棟)	・フルタイム勤務 <u>フルタイム勤務以外</u> (1200 時間/年)
4)	2014 年 1 月 ~ 2017 年 3 月	外来・ <u>病棟</u> ・その他 (消化器内科病棟)	<u>フルタイム勤務</u> ・フルタイム勤務以外(時間/年)
5)	2020 年 4 月 ~ 2024 年 8 月	外来・ <u>病棟</u> ・ <u>その他</u> (婦人科病棟)	<u>フルタイム勤務</u> ・フルタイム勤務以外(時間/年)

通算 10 年 6 ヶ月間 (休職期間は除く)

・フルタイム勤務以外の場合は、様式 4-1 の該当する認定看護分野の所属月数を計算する時に、1800 時間以上の勤務を 1 年相当とみなすため、必ず年間の勤務時間を記載してください

2. 勤務した部署の具体的な特徴・経験年数
(希望する分野の経験について具体的に記載してください)

- 1) 泌尿器科病棟：ストーマケア、失禁ケア、創傷ケアに従事 1 年 6 か月
- 2) 泌尿器科病棟：創傷ケア、終末期患者の看護、放射線治療の看護に従事 2 年 3 か月
- 3) 血液内科病棟：化学療法患者の看護、骨髄移植患者の看護に従事 1 年 4 か月
- 4) 消化器内科病棟：化学療法患者の看護、放射線治療の看護に従事 3 年 3 か月
- 5) 婦人科病棟：乳がん患者の周手術期看護、放射線治療の看護に従事 4 年 5 か月

機関(施設)名 静岡県立長泉がんセンター
所在地 〒411-〇〇〇〇
静岡県駿東郡長泉町泉 17 番地

職位 病院長
氏名 駿河 三郎



(施設長または看護部長の職位に相当する方が記入してください)

特定行為研修臨地実習における自施設での実施同意書

西暦 年 月 日

受験者氏名：

私は、上記の者の特定行為研修臨地実習に関して、自施設で行うことに同意いたします。

・施設長もしくは看護部長（または同程度の職位の方）などが記載してください

所属機関名：

職位：

氏名：

印

・必ず押印してください

(様式7 見本)

静岡県立静岡がんセンター
認定看護師教育課程 (●●分野)

受験票A

受験 番号	※
----------	---

(※記載不要)

フリガナ	シズオカ	ハナコ
氏名		
静岡 花子		
所属施設		
静岡県立長泉がんセンター		
所在地 (都道府県のみ)	写真貼付 正面上半身 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名	
静岡県		

*この受験票は、試験当日に必ず携帯すること

静岡県立静岡がんセンター
認定看護師教育課程 (●●分野)

受験票B

受験 番号	※
----------	---

(※記載不要)

フリガナ	シズオカ	ハナコ
氏名		
静岡 花子		
所属施設		
静岡県立長泉がんセンター		
所在地 (都道府県のみ)	写真貼付 正面上半身 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名	
静岡県		

*受験票は、A・Bともにご提出ください。確認後に受験票を返送させていただきます。

振込通知書

受験者氏名：静岡花子

所 属 施 設：静岡県立長泉がんセンター

受 験 分 野：皮膚・排泄ケア

振込元銀行名		富士山銀行
振込元支店名		沼津支店
振込日（西暦）		20〇〇年〇月〇日
振込人名	フリガナ	シズオカハナコ
	漢字	静岡花子

振込明細書等 貼付欄

ATM の「ご利用明細書」もしくは、ネットバンキングの場合は「振込がわかる画面」を印刷し、のりで剥がれないように貼付する