

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

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

記載日をいれてください

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	☒ 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

ストーマのみ造設件数、創傷と排泄障害はおおよその症例数を記載してください

現在の所属施設に関してのみ、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	長泉医療センター
1-1) 年間のストーマ造設件数	1. ストーマ造設件数 (30) 例/年
1-2) 皮膚・排泄ケア分野に関する専門外来の有無	1. ストーマ外来 (4 日/月) ・ 無 2. その他 (フットケア) 外来
1-3) 皮膚・排泄ケア分野の認定看護師の有無	1. 皮膚・排泄ケア認定看護師： (1 名) ・ 無 2. 専従褥瘡管理者： () ・ 無
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 「創傷管理関連」(0) 名

1週間に1日であれば4日/月、1週間に2日であれば8日/月となります

2. 実務研修の実績 概要

施設名	担当事例数
長泉医療センター	ストーマケア 事例数 : 通算 (10) 例 創傷ケア 事例数 : 通算 (50) 例 排泄障害ケア 事例数 : 通算 (0) 例
〇〇総合病院	ストーマケア 事例数 : 通算 (5) 例 創傷ケア 事例数 : 通算 (80) 例 排泄障害ケア 事例数 : 通算 (15) 例

※様式4-1で記載した認定施設を主として担当した通算事例数を記載してください。現在、ストーマケア及び創傷ケア、排泄障害ケアについて、ストーマケア及び創傷ケア、排泄障害ケア

現在の所属施設で、事例数が満たない場合に前勤務施設の件数を記載してください

※担当した事例とは、中心的に関わった事例とし、各1症例以上、計5例以上あること

3. 認定看護分野における研修の実績 ※最新のものから記載し、枠内に収めること

研修内容	※学会・研究会・講習会・セミナー等の参加
20XX年9月	中部ストーマリハビリテーション講習会
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5月	「回腸人工肛門における装具アルゴリズム」、口演発表、第〇回日本創傷・オストミー・失禁管理学会
20XX年12月	「褥瘡発生率と身体症状の関連の検証」共著、日本褥瘡学会誌 Vol. 〇、No. △、20XX
年 月	
年 月	「タイトル」、発表形態、学会名または学術誌名（雑誌名）の順で記載してください

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 〒411-0000
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