

静岡県立静岡がんセンター
認定看護師教育課程（B 課程）
2027 年度入学試験出願書類一式
【 皮膚・排泄ケア分野 】

<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
所属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、注意事項および書き方見本を確認し、記載してください。
- 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

・出願書類は、パソコンで入力してください。なお、署名欄は手書きとします。＜勤務証明書＞については、手書きによる記入も可とします。

出願書類	様式	注意事項
出願書類等チェックリスト	—	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・署名、チェックともに直筆で構わない
入学願書	1	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名は自署とする
履歴書	2	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・1枚で収まるように記載する
実務研修報告書	4-1	<ul style="list-style-type: none"> ・実務研修とは看護実務経験のことである ・2026年7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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・通算5年以上を満たす勤務証明が必要であるため、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> ・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 ・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所属施設での実施同意書	6	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・履歴書と同一の写真を貼付する
振込通知書	8	<ul style="list-style-type: none"> ・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	—	<ul style="list-style-type: none"> ・A4判に縮小し、白黒コピーをする
※特定行為研修修了者のみ 特定行為研修修了証の写し	—	<ul style="list-style-type: none"> ・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 書類	<ul style="list-style-type: none"> ・免除を受けたい区分にチェックをいれる ・氏名は自署とする
※修了見込みの者 特定行為研修修了見込証明証	指定 書類	<ul style="list-style-type: none"> ・特定行為研修を受けている指定研修機関に記載依頼する

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

フリガナ シズオカ ハナコ

自筆で署名してください

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	シズカケンフジカンシノモト	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	シズカケンリツカグアイシカンセンター	【病床数】	
所属機関名 (正式名称)	静岡県立長泉がんセンター	現住所、所属機関の住所は 都道府県から記載してください	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	所属機関がいずれかに該当する 場合はチェックしてください。	電話 〇〇〇〇
病院機能	<input checked="" type="checkbox"/> 都道府県がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 地域がん診療病院	<input type="checkbox"/> 地域がん診療連携拠点病院 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 創傷管理関連 <input type="checkbox"/> 創部ドレーン管理関連 <input type="checkbox"/> その他	
学 歴 (高校卒業時から記入)			
2009年 3月	静岡県立富士山高等学校 卒業		
2009年 4月	静岡県立富士山大学 看護学部 入学		
2012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、2026年7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)
 - *休職期間を除いた実働期間を記載する
 - *月途中での異動がある場合、勤務証明書との齟齬がないようにする
 - *月数は、計算の誤りがないように確認する
 - *フルタイム勤務以外の場合は、年間1800時間の勤務を1年(12か月)相当として換算
年間勤務時間(様式5参照)に応じて、勤務期間(月数)を算出する
例：1年間の勤務時間が1200時間の場合 $12 \text{ か月} \times 1200 \text{ 時間} \div 1800 \text{ 時間} = 8 \text{ か月相当}$

スタッフの場合は空白

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)	フルタイム 勤務 以外	所属機関名	部署 (診療科)	職位
2016	4	～	2018	3	24		長泉がんセンター	泌尿器科病棟	
2018	4	～	2019	6	15		長泉がんセンター	消化器内科病棟	

フルタイム勤務以外で、勤務時間が異なる場合(例：1200時間/年)

2022	7	～	2024	3	14	○	長泉がんセンター	化学療法センター	
------	---	---	------	---	----	---	----------	----------	--

換算した月数を記載してください
この例は $21 \text{ か月} \times 1200 / 1800 = 14 \text{ か月相当}$

該当する場合は、○をつけてください

2024	4	～	2025	3	12		長泉がんセンター	消化器内科病棟	
2025	4	～	2026	7	16		長泉がんセンター	婦人科病棟	主任

①合計 81 ヶ月 (※36か月以上)

職位変更時は、部署の変更がない場合でも、新たに記載してください

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)	フルタイム 勤務 以外	所属機関名	部署 (診療科)	職位
2012	4	～	2015	3	36		〇〇市立病院	HCU	
		～							

②合計 36 ヶ月

3. 看護実務研修期間の合計

①+② (※60ヶ月以上)	117 ヶ月 (9年 9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 有 (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： 有 (1 名) ・ 無 2. 専従褥瘡管理者： 有 ・ 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

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

※様式4-1で記載した認定看護師を主として担当した通算事例数を記載してください。ストーマケア及び創傷ケア、排泄障害ケア

※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

最新のものから記載し、枠内に収めてください

3. 研修・研究の実績

認定看護分野における研修 ※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	
年 月	
看護研究業績 ※学会発表	
20XX年5月	第〇回日本創傷・オストミー・失禁管理学会、口演発表
年 月	
年 月	学会名、発表形態の順で記載してください
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たことを証明します。

1. 在職期間 (2026年7月末までの記載)

	在職期間 (西暦)	所属部署名 (該当箇所に○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)	2016年4月 ~ 2018年3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)	2018年4月 ~ 2019年6月	外来・ <u>病棟</u> ・その他 (消化器内科)	・ <u>フルタイム勤務</u> ・フルタイム勤務以外(時間/年)
3)	2022年7月 ~ 2024年3月	<u>外来</u> ・病棟・その他 (化学療法センター)	・フルタイム勤務 ・ <u>フルタイム勤務以外</u> (1200時間/年)
4)	2024年4月 ~ 2025年3月	外来・ <u>病棟</u> ・その他 (消化器内科)	・ <u>フルタイム勤務</u> ・フルタイム勤務以外(時間/年)
5)	2025年4月 ~ 2026年7月	外来・ <u>病棟</u> ・その他 (婦人科)	・ <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ヵ月間 (休職期間は除く)

・フルタイム勤務以外の場合は、
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

(受験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 2年
- 2) 消化器内科病棟: 創傷ケア、終末期患者の看護、放射線治療の看護に従事 1年3か月
- 3) 化学療法センター: 薬物療法を受ける患者の看護に従事 1年9か月
- 4) 消化器内科病棟: 薬物療法患者の看護、放射線治療の看護に従事 1年
- 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 1年3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

・勤務証明書は所属長の責任において発行されたものと
し、記載は受験者本人または事務担当者が行っても差し支
えありません

・最終的な内容確認のうえ、施設長または看護部長の方が
証明(署名または記名押印)してください

職位 病院長

氏名 駿河 三郎

静岡県立
長泉がん
センター
院長印

(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所属施設での実施同意書

西暦 年 月 日

受験者氏名 :

当施設は、上記に記載された者に係る特定行為研修臨地実習の実施に同意します。

【確認事項】 ※該当区分について、各項目のすべてを満たした上でチェックを入れてください。

係る 栄養 および 水分 管理に 関連	<input checked="" type="checkbox"/>	特定行為研修の実習指導を担うことのできる医師(指導医)が在籍している、または実習開始までに配置する。
	<input checked="" type="checkbox"/>	症例数の要件を満たしている。

チェックは、手書きでも構いません

創傷 管理 関連	<input type="checkbox"/>	特定行為研修の実習指導を担うことのできる医師(指導医)が在籍している、または実習開始までに配置する。
	<input type="checkbox"/>	症例数の要件を満たしている。

創部 ドレ ー ン 管 理 関 連	<input type="checkbox"/>	特定行為研修の実習指導を担うことのできる医師(指導医)が在籍している、または実習開始までに配置する。
	<input type="checkbox"/>	症例数の要件を満たしている。

所属機関名 :

施設長または看護部長(もしくは同等の職位の方)がご記入ください。

職位 :

必ず押印してください

氏名 :

印

(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	ヒ シズオカハナコ
	漢字	ヒ 静岡花子

氏名の前に、カタカナ一文字を入れる

緩和ケア：カ

皮膚・排泄ケア：ヒ

がん薬物療法看護：ヤ

がん放射線療法看護：ホ

乳がん看護：ニ

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