

静岡県立静岡がんセンター

認定看護師教育課程

特定行為研修を組み込んでいる教育課程（B課程）

2024年度入学試験出願書類一式

【 がん薬物療法看護分野 】

<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) 推薦書 | (様式6) |
| 7) 事例要約 | (様式7) |
| 8) 受験票 | (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

- ・不備がある場合には、受理しません。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。
- ・「自署」と記載のある箇所、「推薦書」「勤務証明書」以外は、パソコンで入力してください。

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。
入学願書	1	<ul style="list-style-type: none"> ・受験する分野名を記載する。 ・氏名は<u>自署</u>とする。
履歴書	2	<ul style="list-style-type: none"> ・現住所、所属機関の住所は都道府県から記載する。 ・緊急時に連絡のとれる電話番号とメールアドレスを記載する。 ・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。 ・1)と2)に分けて記載する。 ・看護学校等の教育機関の所属は2)の実務研修外にあたる。 ・<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> ・2023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注意する。
	4-2	<ul style="list-style-type: none"> ・各分野で記載内容が異なるため、記入見本の注意に従う。 ・受験説明会参加歴が有の場合は、参加年も記載する。
勤務証明書	5	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
推薦書(提出は任意)	6	<ul style="list-style-type: none"> ・[特定行為研修の自施設実習についての確認事項]の該当する箇所にチェックをいれる。 ・<u>推薦者がいない場合は、提出は不要とする。</u>
事例要約	7	<ul style="list-style-type: none"> ・記入見本の注意に従う。 ・行の調整は可だが1枚以内に要約する。 ・1事例とする。
受験票	8	<ul style="list-style-type: none"> ・履歴書と同一の写真を貼付する。
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。
特定行為研修修了証の写し(該当者のみ)	—	<ul style="list-style-type: none"> ・特定行為研修区分を修了した者はコピーを添付する。

2024 年度入学試験出願書類

がん薬物療法看護分野 氏名： 静岡 花子

【出願書類等チェックリスト】

書類作成後に、項目にそって確認しチェックを入れてください。

すべてにチェックが入っていることを確認し、本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		チェック
入学願書	1	・氏名を自筆で記載している。	<input checked="" type="checkbox"/>
履歴書	2	・所属機関名、学歴の学校名（学科・課程を含む）が正式名称で記載されている。	<input checked="" type="checkbox"/>
受験志望 動機	3	・1枚に記載されている。	<input checked="" type="checkbox"/>
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。	<input checked="" type="checkbox"/>
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記載されている。	<input checked="" type="checkbox"/>
推薦書 (提出は任意)	6	・特定行為研修の自施設実習の受け入れについて、該当する内容にレ点に記載されている。	<input checked="" type="checkbox"/> ※
事例要約	7	・1枚に記載されている。	<input checked="" type="checkbox"/>
受験票	8	・必要事項が記載され、写真が貼付されている。	<input checked="" type="checkbox"/>
看護師免許証 の写し	—	・免許証のA4判縮小コピーがある。	<input checked="" type="checkbox"/>
特定行為研修 修了証の写し	—	・該当者のみチェックし、A4判縮小コピーを提出する。	<input checked="" type="checkbox"/>
返信用封筒	—	・受験票返信用封筒：レターパックライトに返信先が明記されている。(2つ折り)	<input checked="" type="checkbox"/>

・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

※6は任意提出のため、推薦書がない場合はチェック不要

上記書類をレターパックライトに同封し送付する。
送付先は、募集要項【出願書類提出方法】を参照とする。

(様式1)

※受験番号 _____

(記入不要)

入 学 願 書

静岡県立静岡がんセンター 局長 様

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

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

記載日をいれてください

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	性別※
氏名	静岡 花子	
生年月日 (西暦)	1980年 4月 2日生 (43歳)	

フリガナ	シズカケフジカンシノフト ハイツシティ	TEL・携帯電話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
現住所	〒411-0934 静岡県富士山市野麓 1-2-3 ハイツ認定707	メールアドレス hana.shizu@〇〇〇.ne.jp
フリガナ	シズカケリツカグイスマンセンター	【病床数】 500床
所属 機関名 (正式名称)	静岡県立長泉がんセンター	
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	TEL 055-〇〇〇-〇〇〇〇
看護師免許取得 年月日	(西暦) 2002年 5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	⑦ ・ 無	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与 <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)		
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		
年 月		
年 月		
年 月		

※欄の記入は任意

受 験 志 望 動 機

1. 下記の内容について800～1200字程度で記載して下さい。また、末尾に文字数を記載して下さい。

- 1) 当教育課程を志望した動機
- 2) 当教育課程を修了した後の自己の活動計画や展望

- ・ フォントは11ポイントで記載して下さい
- ・ 必ず枠内に記載して下さい (1枚におさめる)

実務研修報告書

記入例を参考に、各認定看護分野に該当する実務内容がわかるように記載してください

1. 実務研修期間及び内容について (※ 2023年8月末までの履歴を記載する)

分野別の記入例

1) 認定看護分野における看護実務研修期間

所属施設名は正式名称を記載してください

年	月	～	年	月	期間 (月数) ※1	所属機関名	部署 (診療科) ※2	職位	実務研修内容
2002	4	～	2005	3	36	〇〇総合病院	外科混合病棟	看護師	
2006	4	～	2007	9	18	静岡県立 長泉がんセンター	泌尿器科病棟	看護師	【皮膚・排泄ケア分野 例】 消化器・泌尿器の周術期看護、 (SSI、ストーマケア、自己導尿指導) 症例数：40例/年
休職期間を除いた実働期間を記載してください						静岡県立 長泉がんセンター	泌尿器科病棟	看護師	【緩和ケア分野 例】 泌尿器の終末期がん患者の看護 (症状マネジメント、家族ケア、臨死期のケア) 症例数：40例/年
(短時間勤務:5時間/日の場合) ※3						静岡県立 長泉がんセンター	血液内科病棟	看護師	【がん薬物療法看護分野 例】 血液、リンパ組織のがんの薬物療法を受ける患者の看護、症状マネジメント 症例数：50例/年
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カ月と換算して16カ月となります			
2014	1	～	2016	3	27	静岡県立 長泉がんセンター	消化器内科病棟	看護師	【がん放射線療法看護分野 例】 消化器がんの放射線療法を受ける患者の看護、症状マネジメント 症例数：30例/年
						職位変更時は新たに記載してください			
2016	4	～	2017	3	12	静岡県立 長泉がんセンター	消化器内科病棟	看護主任	
2020	4	～	2023	8	41	静岡県立 長泉がんセンター	乳腺外科病棟	看護主任	【乳がん看護分野 例】 乳がんの集学的治療を受ける患者の看護、周術期の患者の看護 症例数：50例/年
① 合計					177				

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	実務研修内容
2005	4	～	2006	3	12	〇〇クリニック	耳鼻科	看護師	該当なし
2017	4	～	2020	3	36	静岡県立 長泉がんセンター 附属看護学校	看護学科	教員	がん看護学・看護実習
② 合計					48				

3) 看護実務研修期間の確認

① 36か月以上	②	①+② (60か月以上)
177	48	225

- ※1 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)。
- ※2 所属部署名とその部署の特徴、対象患者の主な疾患等を記載する。
- ※3 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。期間の月数は、計算の間違いないように必ず確認してください。

実務研修報告書 <がん薬物療法看護分野>

1. 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における施設の実績について記載

施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載(様式をコピー)

がん薬物療法看護における実績：施設名 (静岡県立長泉がんセンター)

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

1-1) 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	「がん診療連携拠点病院加算」 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 「外来化学療法加算」 ①・2 外来化学療法室設置 <input checked="" type="checkbox"/> ・無 外来相談室(がんの診療相談室)の設置 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・専門看護師の人数とその分野名称	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・がん看護専門看護師 (4)名
1-4) 自施設での特定行為研修修了者の人数と指導医の有無 (特定行為研修者は今年度修了見込みも含む)	【特定行為研修修了者の人数】 _____ 【指導医の有無】 _____ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」(1)名 <input checked="" type="checkbox"/> ・無

2. 認定看護分野に関連する看護実務研修の実績 概要

様式 4-1 で記載した認定看護分野歴の全期間において、がん薬物療法を受けている患者の投与管理・看護を担当した事例数※(通算の事例数)

自施設で特定行為研修を受け入れている場合、左記の特定行為の指導医が在籍しているかの有無について記載してください

約 20 例

※担当した事例とは、継続的・中心的事例とし、5例以上あること

3. 認定看護分野における研修実績 ※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	看護研究業績 ※学会発表・論文・執筆等
20XX年 7月 日本臨床腫瘍学会学術集会	年 月
年 月	年 月
年 月	年 月
年 月	年 月

4. 当教育課程受験説明会の参加歴

当教育課程受験説明会の参加の有無

※有の場合は参加年を記載する

無 ・ 有 (2023 年)

自施設実習の可否について記載してください。また、不可の場合、管理者と相談したか、否かも記載してください

5. 特定行為研修の自施設実習についての確認事項

特定行為研修の自施設実習に関する施設状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自施設実習ができる <input type="checkbox"/> 自施設実習ができない (実習について管理者と <input type="checkbox"/> 相談した <input type="checkbox"/> 相談していない) <input type="checkbox"/> 合格したら自施設実習ができるように準備予定
----------------------	---

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（2023年8月末までの記載）

	在職期間（西暦）	所属部署名 （該当するものに ○をし、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 (消化器内科病棟)	・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)	2017年 4月 ~ 2020年 3月	外来・病棟・ <u>その他</u> (看護学校)	・ <u>フルタイム勤務</u> ・フルタイム勤務以外(時間/年)
6)	2020年 4月 ~ 2023年 8月	外来・ <u>病棟</u> ・その他 (外科)	・ <u>フルタイム勤務</u> ・フルタイム勤務以外(時間/年)

通算 13年 9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ときに、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：抗がん剤の投与、副作用の予防指導に従事 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) 附属看護学校：看護師育成に従事 3年

6) 乳腺外科病棟：乳がん患者の周手術期看護、放射線治療の看護に従事 3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 看護部長

氏名 ○○ ○○ 印

(病院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)

(様式6)

推 薦 書

記入日 (西暦) 20〇〇年 〇月 〇日

受験者氏名： 静岡 花子

推薦者職位 看護部長
氏 名 長泉 町子



所属機関名 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
TEL 055-〇〇〇-〇〇〇〇

【推薦理由】

被推薦者の看護実践能力や期待する役割、および認定看護師教育課程修了後の配置予定などをご記入ください。

特定行為研修の自施設実習の受け入れについて、該当する内容にレ点を記載してください

【特定行為研修の自施設実習についての確認事項】

※自施設実習を原則とします。

特定行為研修の自施設実習に関する施設状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自施設実習ができる <input type="checkbox"/> 自施設実習ができない (理由：) <input type="checkbox"/> 合格したら自施設実習ができるように準備予定
----------------------	--

氏名 _____

事例要約 <がん薬物療法看護>

患者プロフィール 年齢： 性別： 診断名・病期： レジメン名： その他の情報：	現病歴・治療経過
アセスメント <ul style="list-style-type: none">・事例要約の記入例はありません。・今までに受け持ったがん薬物療法を受けた患者から1事例を選び、あなたの行った看護内容を要約して記述してください。・事例要約のフォントは10ポイントで1枚に記述してください。枚数超過は書類審査の対象外となりますので、<u>ご注意ください。</u>	
看護上の問題 (がん薬物療法に関連した問題を記載する)	
看護実践 (上記の看護上の問題について展開した看護を、具体的に記載する)	
看護実践の評価	

(様式8)

※ 受験番号

(記入不要)

静岡県立静岡がんセンター
認定看護師教育課程 (がん薬物療法看護分野)

静岡県立静岡がんセンター
認定看護師教育課程 (がん薬物療法看護分野)

受験票A	受験 番号	
	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B	受験 番号	
	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

※受験番号欄は記入不要