

出願書類チェックリスト

(兵庫医科大学臨床教育統括センター認定看護師教育課程)

受験番号	記入不要	氏名	
------	------	----	--

1. 出願書類の用紙サイズは「A4」とし、白色の普通紙に印刷してください。
2. 出願書類を手書きする場合は、必ず「消えないボールペン」で記入してください。
3. 提出する書類の□欄に✓印を付け、本紙も同封してください。
4. 本チェックリストを表紙とし、以下の順に並べて封入し、送付してください。

確認欄	提出書類	注意事項 ※もう一度記入内容等を確認してください。
☐	出願書類チェックリスト (本紙)	・本紙も忘れず、出願書類の郵送時に同封してください。
☐	① 入学願書 (様式 1)	・本人の自筆により、「消えないボールペン」で記入してください。
☐	② 履歴書 (様式 2) ※両面印刷 (縦向き、長編とじ)	・全ページがプリントアウトされているか確認してください。 ・片面印刷した場合は、左上をホチキスで留めてください。
☐	③ 志願理由書 (様式 3)	・本課程への志望理由を 1000 字以内で記入してください。
☐	④ 実務研修報告書 (様式 4) ※両面印刷 (縦向き、長編とじ)	・全ページがプリントアウトされているか確認してください。 ・片面印刷した場合は、左上をホチキスで留めてください。
☐	⑤ 推薦書 (様式 5)	・看護部長あるいは病院長が作成したものが望ましい。
☐	⑥ 特定行為研修に関する施設情報 (様式 6) ※編入学者は提出不要です。	・自施設での実習について該当する項目を記入してください。
☐	⑦ 受験票・名票 (様式あり)	・たて 4cm、よこ 3cm で出願前 3 ヶ月以内に撮影した無帽正面向き、上半身の写真を受験票及び名票の貼付欄に貼り付けてください。
☐	⑧-a 看護師免許証の写し	・A4 サイズに縮小コピーし提出してください。
☐	⑧-b 看護師特定行為研修修了証の写し ※ <u>編入学者のみ提出が必要な書類です。</u>	・A4 サイズに縮小コピーし提出してください。
☐	⑨ 受験票送付用封筒	・長 3 封筒に、志願者の宛先 (郵便番号、住所、氏名) を明記し、410 円分 (速達) 切手を貼付して提出してください。
☐	⑩ 入学検定料 (30,000 円) 領収書 (写し)	・Web 決済サービス (Payvent) の支払い・申込受付完了の自動返信メールからダウンロードが可能です。 ・手元用の保管分とは別に、プリントアウトまたはコピーしたものを提出してください。

受験番号	記入不要
------	------

様式 I

入 学 願 書

兵庫医科大学
臨床教育統括センター長 殿

私は、兵庫医科大学臨床教育統括センター認定看護師教育課程「手術看護分野」に
入学したいので、ここに関係書類を添えて申請いたします。

年 月 日

現住所
〒 ー

（電話番号 ー ）

氏 名

（生年月日 ー 年 月 日 生）

受験番号	※記入不要
------	-------

履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな				男 ・ 女
氏 名				
生年月日	年 月 日生（満 才）			
ふりがな				
現住所	〒 ー			
	電 話： ー ー 携帯電話： ー ー E-Mail：			
勤務先 所属機関	名称		所属部署	
	所在地	〒 ー 電話： ー ー FAX： ー ー		
免許取得日	保健師： 年 月 日（ 号） 助産師： 年 月 日（ 号） 看護師： 年 月 日（ 号）			
学 歴 （高等学校卒業時から、最終学歴まで記入）※必ず正式名称で記載ください。				
年 月	高 等 学 校 卒 業			
～ 年 月 年 月				
～ 年 月 年 月				
～ 年 月 年 月				
～ 年 月 年 月				
～ 年 月 年 月				

職 歴			
※必ず正式名称で記載ください。			
期間		所属施設名	部署
職位			
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		
～	年 月 月		

【注1】 職歴は2026年3月末までの見込みで記入してください。

【注2】 学歴、職歴の空白期間には説明（自主研修等）をつけてください。

 なお、職歴については看護職以外についても記入してください。

【注3】 入学試験結果通知送付先と現住所が異なる場合は、下記に記入してください。

〒

—

電話： — —

受験番号	※記入不要
------	-------

履 歴 書

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日現在

ふりがな	ひょうご はなこ			男・女
氏 名	兵庫 花子			
生年月日	西暦 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生（満 〇〇 才）			
ふりがな	〒 -			
現住所	都道府県から記入してください。			
	電話： - - 携帯電話： - - E-Mail：			
勤務先 所属機関	名称	〇 〇 病院	所属部署	手術室
	所在地	〒 - 都道府県から記入してください。 電話： - - FAX： - -		
免許取得日 ※保健師・助産師免許に ついては、取得している 場合は記入して下さい。	保健師：西暦 年 月 日（ 号） 助産師：西暦 年 月 日（ 号） 看護師：西暦 〇〇年 〇〇月 〇〇日（ 〇〇〇〇〇〇 号）			
学 歴 （高等学校卒業時から、最終学歴まで記入）※必ず正式名称で記載ください。				
2006年 3月	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 高等学校卒業			
2006年 4月 ～ 2009年 3月	〇 〇 〇 看護専門学校			
～ 年 月 年 月				
～ 年 月 年 月				
～ 年 月 年 月				
～ 年 月 年 月				

職 歴			
※必ず正式名称で記載ください。			
期間	所属施設名	部署	職位
2009年 4月 ～2012年 3月	□ □ 病院	〇〇病棟	看護師
2012年 4月 ～2016年 3月	△ △ 病院	手 術 室	看護師
2016年 4月 ～2026年 3月末(見込)	〇 〇 病院	手 術 室	主 任
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			
～ 年 月 年 月			

- 【注1】 職歴は2026年3月末までの見込みで記入してください。
- 【注2】 学歴、職歴の空白期間には説明（自主研修等）をつけてください。
 なお、職歴については看護職以外についても記入してください。
- 【注3】 入学試験結果通知送付先と現住所が異なる場合は、下記に記入してください。

〒 ー

電話： ー ー

受験番号	記入不要
------	------

様式 3

志願理由書

氏名

--

【注1】1000 字以内で記入してください。

【注2】パソコン等により作成したものを貼付しても構いません。

受験番号	※記入不要
------	-------

実務研修報告書

実務研修期間および内容について（現職も含む）

氏名

Ⅰ. 認定看護分野における看護実務研修期間（※2026年3月末までの見込みで記入してください。）

所属施設名 ①				部署	職位
期間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月間)	施設概要	年間症例数： 手術台数：	例 / 年 台	
実務研修施設歴					
所属施設名 ②				部署	職位
期間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月間)	施設概要	年間症例数： 手術台数：	例 / 年 台	
実務研修施設歴					
所属施設名 ③				部署	職位
期間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月間)	施設概要	年間症例数： 手術台数：	例 / 年 台	
実務研修施設歴					

所属施設名 ④				部署		職位	
期間	年 月 ～ 年 月		(年 ヲ月間)		施設概要	年間症例数： 手術台数：	例／年 台
実務研修施設歴							
所属施設名 ⑤				部署		職位	
期間	年 月 ～ 年 月		(年 ヲ月間)		施設概要	年間症例数： 手術台数：	例／年 台
実務研修施設歴							
合 計							
年 ヲ月				※2026年3月末(見込)			

2. 認定看護分野以外での看護実務研修期間（※2026年3月末までの見込みで記入してください。）

期間	所属施設名	部署	職位
年 月～ 年 月 (年 ヶ月間)			
年 月～ 年 月 (年 ヶ月間)			
年 月～ 年 月 (年 ヶ月間)			
年 月～ 年 月 (年 ヶ月間)			
年 月～ 年 月 (年 ヶ月間)			
合 計	年 ヶ月 ※2026年3月末(見込)		

【注1】 ※欄は記入しないでください。

【注2】直近のものから順に記入し、書ききれない場合は、本様式をコピーのうえ記入してください。

※記入例

受験番号	※記入不要
------	-------

実務研修報告書

実務研修期間および内容について（現職も含む）氏名

1. 認定看護分野における看護実務研修期間（※2026年3月末までの見込みで記入してください。）

所属施設名 ①			部署	職位
〇〇 病院			手術室	主任
期間	2016年4月 ～ 2026年3月末(見込) (10年 0ヶ月間)	施設概要	年間症例数： 10,000例 /年 手術台数： 7 台	
実務研修施設歴		手術室において器械出し・外回り看護師として年間約〇名の患者を担当した。 手術室看護師〇年目として、〇〇教育を担当し、指導を行っている。		
所属施設名 ②			部署	職位
△△ 病院			手術室	看護師
期間	2012年4月 ～ 2016年3月 (4年 0ヶ月間)	施設概要	年間症例数： 5,000例 /年 手術台数： 6 台	
実務研修施設歴		手術室において器械出し・外回り看護師として 年間約〇名の患者を担当した。		
所属施設名 ③			部署	職位
期間	年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月間)	施設概要	年間症例数： 例 /年 手術台数： 台	
実務研修施設歴				

在職時の直近の実績を記入してください。

所属施設名 ④			部署	職位
期間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月間)	施設概要	年間症例数： 手術台数：	例 / 年 台
実務研修施設歴				
所属施設名 ⑤			部署	職位
期間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月間)	施設概要	年間症例数： 手術台数：	例 / 年 台
実務研修施設歴				
合 計 14 年 0 ヶ月 ※2026年3月末(見込)				

2. 認定看護分野以外での看護実務研修期間 (※2026年3月末までの見込みで記入してください。)

期間	所属施設名	部署	職位
2009年 4月~ 2012年 3月 (3年 0ヶ月間)	□ □ 病院	○ ○ 病棟	看護師
年 月~ 年 月 (年 ヶ月間)			
年 月~ 年 月 (年 ヶ月間)			
年 月~ 年 月 (年 ヶ月間)			
年 月~ 年 月 (年 ヶ月間)			
合 計 3 年 0 ヶ月 ※2026年3月末(見込)			

【注1】 ※欄は記入しないでください。

【注2】 直近のものから順に記入し、書ききれない場合は、本様式をコピーのうえ記入してください。

様式 5

推薦書

年 月 日

兵庫医科大学臨床教育統括センター長 殿

機 関（ 施 設 ） 名：

所在地：

推薦者職位：

推薦者氏名(自署)

下記の者は、兵庫医科大学臨床教育統括センター認定看護師教育課程「手術看護分野」において、専門教育を受ける要件を十分に満たしていると判断し、責任を持ってここに推薦いたします。

記

志願者氏名

推薦理由（業務評価、期待度など）

【注】 パソコン等で作成したものを枠内に貼付しても構いません。

様式 6〔認定看護師教育課程用〕

特定行為研修に関する施設情報

自施設での実習について、該当するものに☑すること。

※施設長・所属長相当が記入すること

区分別科目	特定行為	2か月で自施設に 対象となる症例が 5例以上ある	自施設に特定行為区 分の臨地実習を行う 同意を得ている医師 の指導者がいる。*
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は 経鼻用気管チューブの位置の調整	☐	☐
呼吸器（人工呼吸器療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更 人工呼吸器からの離脱	☐	☐
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血 橈骨動脈ラインの確保	☐	☐
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	☐	☐
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる 鎮痛剤の投与及び投与量の調整	☐	☐
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中の糖質輸液 又は電解質輸液の投与量の調整	☐	☐

*指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有する必要があります。
「同等以上の経験」とは、「7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験（研修医への指導経験）を有する医師」が想定されています。

施設情報に関する問合せ先（研修生以外）

施設名			
氏名		部署名	
職種		職位	
TEL		E-mail	

2026 年度 認定看護師教育課程

「手術看護分野」

受 験 票

受験番号	記入不要
ふりがな	
氏名	

写真貼付

正面上半身
(40×30mm)
3 か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

兵庫医科大学臨床教育統括センター

2026 年度 認定看護師教育課程

「手術看護分野」

名 票

受験番号	記入不要
ふりがな	
氏名	

写真貼付

正面上半身
(40×30mm)
3 か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

兵庫医科大学臨床教育統括センター