

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. 出願書類は、自筆指定の記載項目以外はパソコンで作成してください。
自筆指定の記載項目については、必ず「消えないボールペン」で記入してください。
3. 提出書類の確認完了後に□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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	① 入学願書(様式 1)	・本人の自筆で記入されていることを確認してください。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	⑤ 推薦書(様式 5)	・看護部長による推薦を推奨しています。 ・推薦者氏名欄は、推薦者の自筆が必要です。
<input type="checkbox"/>	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。 (原則、受講者の所属施設(自施設)で行っていただきます。)
<input type="checkbox"/>	⑦ 受験票・名票(様式あり)	・受験票及び名票のそれぞれの所定欄に、同一の写真が貼付されていることを確認してください。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	⑧-b 看護師特定行為研修修了証の写し ※編入学者のみ提出が必要な書類です。	・A4 サイズに縮小コピーし提出してください。
<input type="checkbox"/>	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)を明記のうえ、 410 円分(速達)切手を貼付してください。
<input type="checkbox"/>	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紙面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

〒 -

(電話番号)

氏 名

(生年月日 年 月 日生)

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

※ パソコンで作成すること。

【注1】 職歴は2027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。

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 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
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: 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 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。				
(西暦)	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(西暦)	所属施設名	部署	職位
2009年 4月 ~2011年 3月	□ □ 病院	〇〇病棟	看護師
2011年 4月 ~2012年 3月	□ □ 病院	手術室	看護師
2012年 4月 ~2015年 3月	△ △ 病院	手術室	看護師
2015年 4月 ~2016年 3月	(自主研修期間)	-	-
2016年 4月 ~ <u>2027年 3月末</u> (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			

※ パソコンで作成すること。

【注1】 職歴は2027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。

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印刷したものを枠内に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 _____

1. 認定看護分野における看護実務研修期間(※2027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 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				
(認定看護分野) 合計 年 ヶ月 ※2027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(※2027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)			
(認定看護分野以外) 合計 年 ヶ月 ※2027年3月末(見込)			

※ パソコンで作成すること。

【注1】 期間は、すべて西暦で記入すること。

【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(※2027年3月末までの見込みで記入してください。)

在職時の直近の実績を記入してください。

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 ~ (11年0ヶ月間) 2027年3月末(見込)	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 ~ (4年0ヶ月間) 2016年3月	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
□□病院		手術室	看護師
期間	2011年4月 ~ (1年0ヶ月間) 2012年3月	施設概要	年間症例数: 3,000例/年 手術台数: 3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 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		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 「認定看護分野」の実務期間の合計を記入してください。 </div>		
(認定看護分野) 合計 14 年 0 ヶ月 ※2027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 (※2027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~ 2011年 3月 (2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)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 「認定看護分野以外」の、看護師としての実務期間の合計を記入してください。 </div>			
(認定看護分野以外) 合計 3 年 0 ヶ月 ※2027年3月末(見込)			

履歴書記載の職歴と齟齬がないか、必ず確認してください。

※ パソコンで作成すること。

【注1】 期間は、すべて西暦で記入すること。

【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。

受験番号	記入不要
------	------

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】 パソコン等により作成し印刷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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*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	

2027 年度 認定看護師教育課程

「手術看護分野」

受 験 票

受験番号	記載不要
ふりがな	
氏名	

写真貼付

正面上半身
(40×30mm)
3 か月以内に
撮影したカラー写真

*裏面に氏名を記入

2027 年度 認定看護師教育課程

「手術看護分野」

名 票

受験番号	記載不要
ふりがな	
氏名	

写真貼付

正面上半身
(40×30mm)
3 か月以内に
撮影したカラー写真

*裏面に氏名を記入