

受験番号	*
------	---

入学願書

西南女学院大学認定看護師教育課程長 様

私は、西南女学院大学認定看護師教育課程「集中ケア」に入学したいので、
関係書類を添えて提出いたします。

西暦 年 月 日

フリガナ
氏名

印

生年月日 西暦 年 月 日

注)*の欄には何も記入しないでください。

受験番号	*
------	---

履 歴 書

写真貼付 (縦4cm×横3cm) 3ヶ月以内に撮影した もので、無帽上半身
--

フリガナ		男・女
氏名		印
生年月日	西暦	年 月 日生(満 歳)

現住所	〒		
連絡先	TEL/FAX	TEL()	— FAX()
	携帯電話番号		
	メールアドレス		
フリガナ			
所属施設名			
所属施設住所	〒		
所属施設連絡先	TEL()	—	所属病棟内線番号()
免許取得年月日	(看護師)	西暦	年 月 日 免許登録番号()号
	(助産師)	西暦	年 月 日 免許登録番号()号
	(保健師)	西暦	年 月 日 免許登録番号()号

学 歴(高等学校卒業から記入)

西暦	年 月	
西暦	年 月	
西暦	年 月	
西暦	年 月	
西暦	年 月	
西暦	年 月	
西暦	年 月	
西暦	年 月	

注1) *の欄には何も記入しないでください。
 注2) 記入欄が不足する場合は裏面に記入してください。

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

実務研修報告書(集中ケア)

1 実務研修施設(2010年6月までの受験者の経歴を記載する)

1-1) 全実務研修期間および実務研修施設名 (所属施設名、職位)	
【記入例】 西暦 2000年 4月～ 2003年 3月(36ヶ月)	所属施設名: 西南法人西南会 要病院 職 位: スタッフ看護師
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 職 位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 職 位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 職 位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 職 位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 職 位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 職 位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 職 位:
合 計	年 ヶ月間

1-2) うち認定看護分野(集中ケア)歴 (所属施設名、所属部署名、職位)	
【記入例】 西暦 2000年 4月～ 2003年 3月(36ヶ月)	所属施設名: 西南法人西南会 要病院 所属部署名: 集中治療病棟 職位: スタッフ看護師
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 所属部署名: 職位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 所属部署名: 職位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 所属部署名: 職位:
西暦 年 月～ 年 月(ヶ月)	所属施設名: 所属部署名: 職位:
合 計	年 ヶ月間

2 認定看護分野における実務研修の実績 概要

認定看護分野歴に記載した期間において、集中ケアを受けている患者の看護を担当した事例数(概算)	通算 例
--	------

※疾病・外傷、手術等により高度に侵襲を受けた患者の看護が5例以上あること。

注1) *の欄には何も記入しないでください。

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

実務研修報告書(集中ケア)

3 認定看護分野歴における実務研修施設概要

記入方法 ※1 最低3年間の実績について記載してください。
 ※2 施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載してください。

(1)施設名 ()

集中ケアを必要とする患者の年間症例数		約 例/年間
施設概要	重症等療養環境特別加算料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	集中治療部門	ICU
CCU		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
HCU		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
集中ケア認定看護師の人数		<input type="checkbox"/> 有(人) <input type="checkbox"/> 無
集中ケア関連分野	専門看護師の分野及び人数	<input type="checkbox"/> 有(分野 ・ 人) <input type="checkbox"/> 無
	認定看護師の分野及び人数	<input type="checkbox"/> 有(分野 ・ 人) <input type="checkbox"/> 無
施設において、集中ケア分野及び関連分野の専門看護師及び認定看護師がいない場合は、部署の師長か主任等で分野の経験が5年以上あるものから指導をうけているか、施設外の認定看護師から指導を受けた経験があることを記載する。		

(2)施設名 ()

集中ケアを必要とする患者の年間症例数		約 例/年間
施設概要	重症等療養環境特別加算料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	集中治療部門	ICU
CCU		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
HCU		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
集中ケア認定看護師の人数		<input type="checkbox"/> 有(人) <input type="checkbox"/> 無
集中ケア関連分野	専門看護師の分野及び人数	<input type="checkbox"/> 有(分野 ・ 人) <input type="checkbox"/> 無
	認定看護師の分野及び人数	<input type="checkbox"/> 有(分野 ・ 人) <input type="checkbox"/> 無
施設において、集中ケア分野及び関連分野の専門看護師及び認定看護師がいない場合は、部署の師長か主任等で分野の経験が5年以上あるものから指導をうけているか、施設外の認定看護師から指導を受けた経験があることを記載する。		

注) *の欄には何も記入しないでください。

様式4

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

勤務証明書

*2010年6月現在で記入

常勤勤務期間	勤務期間	休職期間	通算常勤勤務期間
	西暦 年 月 ~ 年 月	年 ヶ月	年 ヶ月
非常勤勤務期間	勤務期間	休職期間	通算常勤勤務期間
	西暦 年 月 ~ 年 月	年 ヶ月	年 ヶ月
合計通算年数			年 ヶ月

*休職期間には、産休・育休を含む

当施設における職歴、専門分野の実務経験に相違ありません。

施設名

施設代表者名

公印

施設所在地

電話番号 () -

注1) *の欄には何も記入しないでください。

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

集中ケアの経験に関する記述

あなたが今までに受け持った集中ケアを受けている患者の中から
2事例選択して、1事例ごとに記述してください。

事例1	関わった期間	西暦	年	月～	年	月(日間)
対象の紹介(病態、治療等経過を含む)							
問題・課題							
看護実践							
結果							
分析・評価							

注1) 表記について、個人および施設等の特定ができないよう配慮してください。

注2) *の欄には何も記入しないでください。

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

集中ケアの経験に関する記述

あなたが今までに受け持った集中ケアを受けている患者の中から
2事例選択して、1事例ごとに記述してください。

事例1	関わった期間	西暦	年	月～	年	月(日間)
対象の紹介(病態、治療等経過を含む)							
問題・課題							
看護実践							
結果							
分析・評価							

注1) 表記について、個人および施設等の特定ができないよう配慮してください。

注2) *の欄には何も記入しないでください。

様式6

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

推 薦 書

西暦 年 月 日

上記の者は、将来、認定看護師として活躍するにふさわしいと評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

推薦者氏名(自署)

印

所属施設名

職位

連絡先 電話番号() —

注1) 推薦者氏名は、看護部長相当者の職位の方がご記入ください。

注2) *の欄には何も記入しないでください。

様式7

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

志望理由書

西暦 年 月 日

注)*の欄には何も記入しないでください。

様式8

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

保健師、助産師及び看護師免許証の写しをA4サイズに縮小コピーして貼付ください。

注)*の欄には何も記入しないでください。

様式9

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

2010年度 西南女学院大学認定看護師教育課程「集中ケア」

入学試験受験票

*受付印

受験上の注意

1. 受験票は必ず携帯してください。
 2. 受験者は受験当日、試験開始15分前までに受付を済ませて指定の試験室に入室してください。
 3. 試験開始時刻後30分以内の遅刻に限り、受験を認めます。
 4. 机上には、鉛筆またはシャープペンシル・消しゴム・時計(計算機能・辞書機能のないもの)・受験票以外は置かないでください。
- 注)*の欄には何も記入しないでください。

フリガナ	
氏名	

受験番号	*
------	---

写真票

写真貼付 (縦4cm×横3cm) 3ヶ月以内に撮影した もので、無帽上半身
--

1	2
*	*

注1)*の欄には何も記入しないでください。

注2)写真貼付欄には履歴書と同じ写真を貼付してください。