**2024年度**

**昭和大学認定看護師教育センター**

**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）**

**入学試験出願書類一式**

（1）入学願書（**様式1**）

（2）履歴書（**様式2**）

（3）実務経験報告書（**様式3**）

(4) 志望理由（**様式4**）

(5) 推薦書（**様式5**）

（6）自施設情報（**様式6**）

（6）受験票（**様式7**）

（7）入学検定料銀行振込控え貼付票（**様式7**）

（8）看護師免許証の写し（A4判に縮小したもの）

（9）受験票郵送用封筒

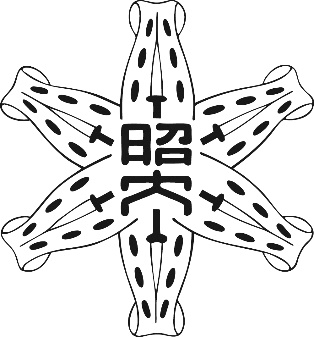
(10) 既修得科目履修免除申請書

|  |
| --- |
| 書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。  また、ホームページ上にて事前エントリーも必ず行うこと。 |

**出願書類の記入にあたって**

* 過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないこともあるため、注意すること。
* 自署以外は、パソコンで入力すること。自筆のもので訂正が必要な場合は、二重線および訂正印を使用すること。
* 枠内のスペースにおさまるように記入すること。枠のサイズを変えたり様式の変更はしないこと。
* 年号はすべて西暦表記とすること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出願書類 | 様式 | 記入方法と注意事項 |
| 入学願書 | 1 | ・受験する分野に○印をつける。氏名の記載は自署とする。 |
| 履歴書 | 2 | ・現住所右欄のTELは必ず連絡がつくものを記載する。固定電話が無い場合は携帯電話番号を記載する。  ・所属機関は正式名称を記載、出願時点で勤務していない場合は現職なしと記入する。  ・メールアドレスは日程や試験方式の変更などでも連絡を取る場合があるので、必ず連絡のとれるものとする。  ・学歴は高等学校卒業からとし、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入する。進学課程を卒業している場合は、准看護学校も明記する。  ・学歴欄に職歴を書かないこと。 |
| 実務経験報告書 | 3 | ・感染管理分野のみ書式が異なるため注意する。  ・看護師の免許取得後（准看護師の期間は含めない）から2023年12月末日まで  の職歴を記載する。見込も含める。  ・実務経験期間を記載し、連続で6か月以上の研修、進学、産休・育休および病気療養等での休職、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は含めない。  ・看護の実務経験期間および認定看護分野の実務経験期間は、通算勤務月数で計算する注１）。計算間違いのないよう注意する。  注1) 勤務形態が非常勤の場合、150時間の勤務時間を実務研修1か月分として換算し、勤務月数を割り出す。 |
| 志望理由書 | 4 | ・フォントのサイズは変えずに1枚に文字数を収める。 |
| 推薦書 | 5 | ・推薦者の氏名の記載は推薦者の自署とする。  ・推薦者は現在の所属施設の施設長、看護部長またはそれと同等の職位にある者とする。※現在勤務していない場合は推薦者について当センターに問い合わせることとする。 |
| 自施設情報 | 6 | ・受講予定の特定行為における自施設の情報を記載する。  ・関連のない分野の用紙は提出不要 |
| 受験票 | 7 | ・必要事項を記載し写真を貼付する。 |
| 入学検定料  銀行振込控貼付票 | 7 | ・銀行振込の控え（コピー可）を貼付する。  ・貼付け欄に貼ることができないサイズの場合は貼らずに同封すること |
| 免許証の写し  （看護師） |  | ・A4判に縮小コピーする。 |
| 受験票郵送用封筒 |  | ・長形3号封筒120×235mmに84円切手を貼付し出願者(受験票返送先)の住所・氏名を明記する。  郵便が必ず届くよう、正確に記入する。マンション名等も必ず記入する。 |
| 既修得科目  履修免除申請書 |  | ・他の特定行為研修を修了しており、共通科目に履修済みである場合は、この申請書も出願時提出する。特定行為研修修了証の写しも併せて提出する。  ・該当しない場合には提出不要 |
| 特定行為研修  修了証の写し |  | ・他の特定行為研修を修了している場合は既習科目履修免除申請書とともに提出する。 |



**昭和大学**

**認定看護師教育センター**

**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**

**＊次頁以降が出願書類です。**

入　学　願　書

昭和大学認定看護師教育センター

センター長　殿

私は、昭和大学認定看護師教育センター 認定看護師教育課程

1．手術看護分野

2．腎不全看護分野

3．認知症看護分野

4．感染管理分野

5．クリティカルケア分野

※番号に丸をする。

へ入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　 　年 　月 　日

西暦 　　　年 　　月 　　日　　生

現住所　　〒

TEL

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

履　 歴　 書

写真 貼付

**（4.5㎝×3.5㎝）**

3か月以内に

撮影したもの

写真裏面に記名

様式7　受験票A、Bと同一の写真を使用すること

西暦　　　年　 　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 男・女 |
| 氏　名 |  | | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生（満　　歳） | | |
| フリガナ |  | | | | TEL(　　　）　　－  携帯電話　　-　　-  E-mail | |
| 現住所 | 〒 | | | |
| フリガナ |  | | | | | |
| 所　属  施設名 |  | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | TEL  （　　　）　　－  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　　　　）  FAX  （　　　）　　－ | |
| 免許取得年月日 | | （保健師）西暦 年 　 月 　　 日  （助産師）西暦 年 　　月 　　 日  （看護師）西暦 年　 　月 　　 日 | | | 号  　　　　　 　　号  　　　　　　　　号 | |
| 学　　歴（高等学校卒業時から記入） | | | | | | |
| 西暦  年　　 月 | |  | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | |

**実務経験報告書 　　　　 □手術看護　□腎不全看護**

**□認知症看護□クリティカルケア**

**1.　実務経験施設歴**（※**受験者の経歴**を記載する）　　　（※該当分野を■に変更する。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (西暦で記入)  **1-1)　全実務経験期間および実務経験施設名　（所属施設名、所属部署名、職位）** | | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **看護師歴合計** | | **か月間（　　　　年　　　か月）※2023年12月31日時点** |
| **1-2）うち認定看護分野歴　実務経験の実績（所属施設名、所属部署名、職位）**  ※所属部署名については、認定看護分野に関する歴がわかるように記載する | | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 通算（　　　　　　　）例  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **具体的内容** | | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 通算（　　　　　　　）例  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **具体的内容** | | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 通算（　　　　　　　）例  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **具体的内容** | | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 通算（　　　　　　　）例  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **具体的内容** | | |
| **認定看護分野歴合計** | | **か月間（　　　　年　　　か月）※2023年12月31日時点** |

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2か所とも**記載する　**※欄が足りない場合は、複製すること。枠のサイズの変更は不可**

**実務経験報告書 ■感染管理**

**1.　実務経験施設歴**（※**受験者の経歴**を記載する）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (西暦で記入)  **1-1)　全実務経験期間および実務経験施設名　（所属施設名、所属部署名、職位）** | | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **看護師歴合計** | | **か月間（　　　　年　　　か月）※2023年12月31日時点** |
| **1-2）うち認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位）**  ※所属部署名については、感染管理における分野歴がわかるように記載する（感染対策室を含む）  例：専任感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、ASTメンバー、ICCメンバー、病棟における感染対策係、感染管理担当主任、感染管理担当師長など | | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **認定看護分野歴合計** | | **か月間（　　　　年　　　か月）※2023年12月31日時点** |

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2か所とも**記載する　**※欄が足りない場合は、複製すること。枠のサイズの変更は不可**

**2．実務経験の実績 概要**（※**受験者の経歴**を記載する）

|  |  |
| --- | --- |
| 上記1-2）認定看護分野歴に記載した期間において、医療関連感染サーベイランス・マニュアル作成・管理活動等について担当した具体的な内容 | |
| 医療関連感染サーベイランス  （計画から実施・評価まで担当した項目に○、その他は具体的に記載する） | 手術部位感染（　　）、血管内留置カテーテル関連感染（　　）、  尿路カテーテル関連感染（　　）、人工呼吸器関連肺炎（　　）、  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 感染予防・管理活動  （ICTやリンクナースなどのチーム活動を含む） | 具体的な活動内容： |
| 感染管理に関する研修会等の企画や開催 | 対象：  内容： |
| マニュアル作成  （掲示物や手順書の作成等を含む） | 具体的な作成物とその内容： |

**志望理由**

|  |
| --- |
|  |

※文字のサイズ（MS明朝　12ポイント）は変えず、1枚にまとめてください。

推薦書

昭和大学認定看護師教育センター

センター長　殿

私は、昭和大学認定看護師教育センター入学につきまして、

（　　　　　　　　　　　）を、推薦いたします。

1．手術看護分野

2．腎不全看護分野

3．認知症看護分野

4．感染管理分野

5．クリティカルケア分野

いずれかを○で囲む

推薦の理由

西　暦 　　　　年 　　月 　　　　日

施設名

役　職

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

自施設情報（手術看護・腎不全看護・認知症看護）

特定行為研修自施設について（※希望する分野の状況をご記載ください）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分別科目名 | 特定行為名 | 症例数/月 | 該当するものに☑する | | |
| ①自施設に特定行為区分  の実習が行える医師の  指導者がいる | ②自施設に特定行為区分  の実習が行うことができ  る看護職の指導者がいる | ③自施設に特定行為研修修了者がいる |
| 手術看護 | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | 経口用気管チューブまたは経鼻用気管チューブの位置の調整 |  | □ | □ | □ |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）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 |  | □ | □ | □ |
| 撓骨動脈ラインの確保 |  | □ | □ | □ |
| 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および投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の糖質輸液または電解質輸液の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 栄養およ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 |  | □ | □ | □ |
| 腎不全看護 | 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作および管理 |  | □ | □ | □ |
| 栄養および水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |  | □ | □ | □ |
| 認知症看護 | 精神および神経症状に係る薬剤投与関連 | 抗けいれん剤の臨時の投与 |  | □ | □ | □ |
| 抗精神病薬の臨時の投与 |  | □ | □ | □ |
| 抗不安薬の臨時の投与 |  | □ | □ | □ |
| 栄養および水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |  | □ | □ | □ |

※特定行為研修の症例数については，自らが受講する各行為ごとに記載する。（症例数は必須）

※指導者とは，医師の指導者は，臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は，特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師，認定看護師および大学等での教授経験を有する看護師などである。

※指導者等が不在の場合には、空欄でよい。

注）受験番号欄は，記入しないでください。

自施設情報（感染管理・クリティカルケア）

特定行為研修自施設について（※希望する分野の状況をご記載ください）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分別科目名 | 特定行為名 | 症例数/月 | 該当するものに☑する | | |
| ①自施設に特定行為区分  の実習が行える医師の  指導者がいる | ②自施設に特定行為区分  の実習が行うことができ  る看護職の指導者がいる | ③自施設に特定行為研修修了者がいる |
| 感染管理 | 栄養および水分管理に  係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |  | □ | □ | □ |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与 |  | □ | □ | □ |
| クリティカルケア | 栄養および水分管理に  係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |  | □ | □ | □ |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |  | □ | □ | □ |
| 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 |  | □ | □ | □ |
| 人工呼吸管理がなされている者に対する  鎮静薬の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 人工呼吸器からの離脱 |  | □ | □ | □ |
| 循環動態に係る  薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 持続点滴中のナトリウム、カリウム又は  クロールの投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の  投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |

※特定行為研修の症例数については，自らが受講する各行為ごとに記載する。（症例数は必須）

※指導者とは，医師の指導者は，臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は，特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師，認定看護師および大学等での教授経験を有する看護師などである。

※指導者等が不在の場合には、空欄でよい。

注）受験番号欄は，記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2024年度　昭和大学認定看護師教育センター  認定看護師教育課程 | | | |  |  | 2024年度　昭和大学認定看護師教育センター  認定看護師教育課程 | | | |
| 受験票A | | 受験番号 |  |  |  | 受験票B | | 受験番号 |  |
| フリガナ |  | | |  |  | フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |  |  | 氏名 |  | | |
| 受験分野を〇で囲む | １．手　術看護分野 | | |  |  | 受験分野を〇で囲む | １．手　術看護分野 | | |
| ２．腎不全看護分野 | | |  |  | ２．腎不全看護分野 | | |
| ３．認知症看護分野 | | |  |  | ３．認知症看護分野 | | |
| ４．感　染管理分野 | | |  |  | ４．感　染管理分野 | | |
| ５．クリティカルケア分野 | | |  |  | ５．クリティカルケア分野 | | |
| 所属施設 | | | 写真貼付  正面上半身  **(4.5㎝×3.5㎝)** 3か月以内に  撮影したもの  裏面に氏名を記入  履歴書・受験票A,Bは  同一のものを使用 |  |  | 所属施設 | | | 写真貼付  正面上半身  **(4.5㎝×3.5㎝)** 3か月以内に  撮影したもの  裏面に氏名を記入  履歴書・受験票A,Bは  同一のものを使用 |
| 施設名 | | |  |  | 施設名 | | |
| 所在地（都道府県のみ） | | |  |  | 所在地（都道府県のみ） | | |
| ※履歴書、受験票A、Bは同一の写真を用いること | | | |  |  | ※履歴書、受験票A、Bは同一の写真を用いること | | | |
| **※この受験票Aは、試験当日に必ず携帯すること** | | | |  |  |  | | | |

|  |
| --- |
| 銀行振込の控え(コピー可)をここに貼付  　　※ネットバンキング等ここに貼り付けることができないサイズの場合は貼らずに出願書類に同封すること |

入学検定料　銀行振込貼付票

西暦　　　年　　　月　　　日

昭和大学認定看護師教育センター長　殿

**既修得科目履修免除申請書**

　　私は、下記のとおり指定研修機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を修了しているため、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指定研修機関 | 研修修了年月日 |
|  | 年　　　　月　　　　日 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（自署）