**2026年度**

**昭和医科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）**

**≪ 編 入 ≫**

**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）受験票（**様式6**）

（7）入学検定料銀行振込控 貼付票（**様式6**）

（8）看護師免許証の写し（A4版に縮小したもの）

（9）特定行為研修修了証の写し（A4版に縮小したもの）

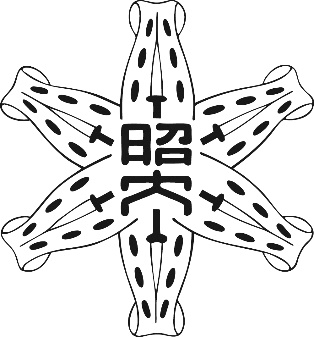
（10）受験票郵送用封筒

|  |
| --- |
| 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押印すること。
* 枠内のスペースに収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。
* 各様式内受験番号は、センターにて使用するため記載不要。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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する。出願時点で勤務していない場合は現職なしと記入する。  ・メールアドレスは通常使用しており、必ず連絡のとれるものとする。（日程や試験方式の変更がある場合メールにて案内するため必ず確認すること）  ・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。  ・学歴欄には職歴を記入しない。（職歴は実務経験報告書に記入すること） |
| 実務経験報告書 | 3 | ・勤務証明書は不要。  ・感染管理分野のみ書式が異なるため注意する。（計3枚作成）  ・看護師の免許取得後（准看護師の期間は含めない）から2025年12月末日までの職歴（見込も含め）を記載する。  ・実務経験期間は、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。  ・推薦者は原則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。  ・推薦文書については、基本パソコン入力とするが、推薦文書に限り手書きも可能とする。 |
| 受験票 | 6 | ・必要事項を記載し写真を貼付する。 |
| 入学検定料  銀行振込控え貼付票 | 6 | ・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場合は貼らずに同封すること。 |
| 看護師免許証の写し |  | ・A4版に縮小コピーする。 |
| 特定行為研修修了証の写し |  | ・A4版に縮小コピーする。 |
| 受験票郵送用封筒 |  | ・レターパックライト(青)へ出願者(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。 |



**昭和医科大学**

**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）**

**≪編入≫**

**2026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

昭和医科大学認定看護師教育センター

センター長　殿

私は、昭和医科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

現住所　　〒

TEL

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

履　 歴　 書

写真 貼付

**（4.5cm×3.5cm）**

3か月以内に

撮影したもの

写真裏面に記名

様式6　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 | |
| 特定行為研修修了日 | | 西暦 年　 　月 　 日 | | | 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）※2025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）※2025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）※2025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）※2025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）　**■感染管理**

|  |  |
| --- | --- |
| 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自身が担当した内容を具体的に記載する | |
| **現在の従事状況**  （該当項目を■へ変更） | □専従者である  □専任者である  □兼任者である  □該当なし |
| **医療関連感染サーベイランス**  （該当項目を■へ変更）  ※各項目の余白に実践した  内容を記載  (例：実施計画、データ収集、  判定、フィードバック等) | 血管内留置カテーテル関連血流感染　　　□有　　　　　□無 |
| 尿道留置カテーテル関連尿路感染　　　　□有　　　　　□無 |
| 人工呼吸器関連感染　　　　　　　　　　□有　　　　　□無 |
| 手術部位感染　　　　　　　　　　　　　□有　　　　　□無 |
| 薬剤耐性菌　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　　□無 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **感染予防・管理活動**  **（感染対策委員会、ICT、リンクナース会等）** | 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**  ※企画や開催ごとに分けて記載 | 対象者：  内容： |
| **マニュアル作成**  (掲示物や手順書の作成等含む) | 具体的な作成物とその内容： |

**3．改善実績(1例)**（※**受験者の経歴**を記載する）　**■感染管理**

|  |
| --- |
| 感染予防・管理等において自身が実施したケア等の改善実績を1事例記載 |
| **取り組んだ期間**　　　　　　　年　　　　月　　　　日～　　　年　　　　月　　　　日 |
| **取り組んだ場所** |
| **改善事例の種類**　（該当番号に○、その他は具体的に記入）  1. 血流感染予防・管理　　　　　　　　　　　2．尿路感染予防・管理  3. 肺炎予防・管理　　　　　　　　　　　　 4．手術部位感染予防・管理  5. 手指衛生　　　　　　　　　　　　　　　 6．洗浄・消毒・滅菌  7. 環境整備　　　　　　　　　　　　　　　 8．職業感染予防  9. アウトブレイク　　　　　　　　　　　　 10. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **改善前の状況** |
| **問題点** |
| **改善のための計画（実施内容）** |
| **結果・評価** |

**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

昭和医科大学認定看護師教育センター

センター長　殿

私は、昭和医科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

推薦理由

西　暦 　　　　　年 　月 　　　　日

施設名

役　職

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2026年度  昭和医科大学認定看護師教育センター  認定看護師教育課程≪編入≫ | | | |  |  | 2026年度  昭和医科大学認定看護師教育センター  認定看護師教育課程≪編入≫ | | | |
| 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  **(4.5cm×3.5cm)** 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  **(4.5cm×3.5cm)** 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