

「がん化学療法看護」出願書類の記入注意事項

1. 作成時の注意

- ・募集要項及び出願書類は、愛知県立大学看護実践センターホームページよりダウンロードしてください。
- ・出願書類は手書きでも電子文書でもどちらでもかまいません。
- ・記入見本があります。

2. 送付時の注意

- ・出願書類は様式1から順番にならべ、ホチキス等で綴じない。

3. 受講者選抜試験出願書類一式と記入時の注意事項

(1) 受講願書（様式1）

氏名欄は自署で、「印」には捺印をする。

(2) 履歴書（様式2）

住所は都道府県から記入する。

設置主体は以下から選んで記入する。

- ①独立行政法人国立病院機構②国立大学法人③国立(その他)④都道府県⑤市町村⑥社会保険
- ⑦日本赤十字社⑧厚生連⑨済生会⑩医師会⑪医療法人⑫学校法人⑬社会福祉法人
- ⑭公益財団法人⑮一般財団法人⑯個人⑰会社⑱その他

学歴は高校卒業から記入する。

職歴は病院名を記入する。病院名称が変更された場合は変更年月日も記入する。

休職期間は職歴の中に明記し、実務研修期間としてはカウントしない。

実務研修報告書の所属部署名では、どのような科の病棟・外来であるかわかるよう明記する。

- ・混合病棟に勤務している場合は主科または全科を記載する。
- ・認定看護分野の実務研修内容については、がん化学療法を受けている患者の化学療法薬の投与管理・看護を何例担当したか症例数を記載する

実務研修施設の概要(2-3)については、認定看護師などの有資格者から指導を受けたことが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任などで、がん化学療法看護分野の経験が5年以上あるものから指導を受けたことを記載するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記載する。

実務研修の実績・概要については下記を参考に記載する。

- ・志願者が主に担当した、がん化学療法施行患者の通算の事例数を記載する。

(3) 勤務証明書（様式3）

出願要件を証明する機関（看護部長の職位に相当する方）が作成する。

出願要件である必要経過年数通算5年を満たしている場合は、現在の職場の証明書だけで良いが、満たない場合は現在の職場からさかのぼって前勤務先の証明書も提出する。その場合は用紙をコピーして使用する。

日本看護協会にならない、勤務形態が常勤で無い場合には、1800時間の実務研修を持って通算1年

とみなす。

実務研修とは、該当する分野における実務経験のことをさす。

(4) 推薦書 (様式4)

看護部長の職位に相当する方が記入する。推薦者氏名には自署と捺印をする。

(5) 志願理由書 (様式5)

氏名欄は自署で署名する。

文字サイズは10.5ポイントを使用し、1,000字以内にまとめる。

(6) 事例報告書 (様式6)

様式6-1、6-2に沿って作成する。

(7) 写真票、受験票 (様式7)

氏名欄は自署で署名する。

写真は45mm×45mmを用意する。

切り離さずに提出する。

(8) 受講選抜料振込領収書類添付用紙 (様式8)

受講選抜料を納入した際の領収書類の写しを貼付する。

(9) 看護師免許証の写し

A4に縮小コピーする。

(10) 返信用封筒

長形3号封筒 (23.5×12cm) にあて先明記の上、切手392円分貼付をする。

受講願書(二次)

西暦〇〇〇〇年〇月〇日

愛知県立大学 看護実践センター
認定看護師教育課程長様

私は、愛知県立大学看護実践センターにて実施される認定看護師教育課程「がん化学療法看護」を受講したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

ふりがな
現住所

(〒〇〇〇-〇〇〇〇)

まるまるけんまるまるしまるまるまちしーしーし
〇〇県〇〇市〇〇町□-□-□

さんかくさんかくまんしょんまるまるごうしつ
△ △ マンション〇〇号室

***都道府県名から記入してください。**

TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

***市外局番から記入してください**

ふりがな
氏名

(自署)

あい ち
愛知

あい こ
愛子



実務研修報告書

1. 実務研修施設 (*研修期間については、2018年3月末日現在でご記入ください。)

全実務研修期間および実務研修施設名 (所属施設名、職位、実務内容)		
在職年月日 (西暦) (期間：月単位)	職歴 (看護師免許取得以降。 部署名、職位含む)	左記中における認定看護分野の 実務研修内容と期間 (期間：月単位)
1998年4月～ 2000年3月 (24か月間)	〇〇〇病院 整形外科看護師 病棟スタッフ	がん患者がおらず、特になし (0 か月) 准看護師の実務経験はカウント しない。
2000年4月～ 2007年3月 (84か月間)	△△△中央病院 血液内科病棟看護師 病棟スタッフ	血液疾患の化学療法を施行する患者の投 与管理や看護を年間 25 例程度担当 (84 か月)
2007年4月～ 2008年11月 (20か月間)	△△△中央病院 産休・育休 * 休職期間があれば必ず明記のこと	特になし (0 か月)
2008年12月～ 2014年11月 (72か月間)	△△△中央病院 呼吸器内科スタッフ	肺がんにおける化学療法を施行する患者 は年間約 150 例であった。うち、化学療 法に主として関わった事例数は、72 ヶ月 で 120 例であった。 (72 か月)
2014年12月～ 2018年3月 (40か月間)	△△△中央病院 外来化学療法室 副師長	外来化学療法室にて悪性リンパ腫や大腸 がん、乳がんなどの患者が外来化学療法 を受けている。年間約 720 例の患者がおり、 そのうち 240 例／年に継続的に関わって いる。 (40 か月)
年 月～ 年 月 (か月間)	混合病棟または外来に勤務している場合 は主科または全科を記載する。	
年 月～ 年 月 (か月間)	休職期間は除外して計算 すること (産休・育休、 介護休暇、療養休暇など)。 か月)	
合計	全実務研修期間 合計 (220 か月)	認定分野歴期間 合計 (196 か月)

2. 認定看護分野「がん化学療法看護」歴における実務研修施設 概要

(最低3年間の認定看護分野歴における施設の実績について記載する。施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する。)

がん化学療法看護分野における実績：施設名 (△△△中央病院)

2-1) 当該分野における年間症例数 (施設)	(1500 例/年)
2-2) 施設の当該分野における診療加算の有無 (右に○で囲む)	「がん診療連携拠点病院加算」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「地域がん診療病院加算」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「外来化学療法加算」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 外来化学療法室設置 <input checked="" type="radio"/> 有・無 外来相談室 (がんの診療相談室) の設置 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 年間外来化学療法件数 (720) 件/年
2-3) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※該当者が不在の場合のみ、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	がん化学療法看護認定看護師 (0) 名 がん性疼痛看護認定看護師 (0) 名 緩和ケア認定看護師 (0) 名 乳がん看護認定看護師 (0) 名 がん放射線療法看護認定看護師 (0) 名 がん看護専門看護師 (0) 名 (※病棟師長)

がん化学療法看護分野における実績：施設名 ()

2-1) 当該分野における年間症例数 (施設)	(例/年)
2-2) 施設の当該分野における診療加算の有無 (右に○で囲む)	「がん診療連携拠点病院加算」 有・無 「地域がん診療病院加算」 有・無 「外来化学療法加算」 有・無 外来化学療法室設置 有・無 外来相談室 (がんの診療相談室) の設置 有・無 年間外来化学療法件数 () 件/年
2-3) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称 ※該当者が不在の場合のみ、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。	がん化学療法看護認定看護師 () 名 がん性疼痛看護認定看護師 () 名 緩和ケア認定看護師 () 名 乳がん看護認定看護師 () 名 がん放射線療法看護認定看護師 () 名 がん看護専門看護師 () 名 (※)

④職歴、実務研修は足りなければ別紙に添付してください。

3. 認定看護分野「がん化学療法看護」歴における実務研修の実績・概要

様式2-2で記載した期間において、がん化学療法を受けている患者の化学療法薬の投与管理・看護を担当した事例数* (概算)：通算 (1000) 例。

*担当した事例とは、自らが中心となり継続的にかかわった事例とし、5例以上あること。

【教育機関チェック欄】※ここにチェックはいれないこと

- 免許取得後、通算5年以上実務研修をしていること
- 上記の実務研修のうち通算3年以上、がん化学療法を受けている患者の多い病棟、外来、または在宅ケア領域での看護実績を有すること
- がん化学療法を受けている患者の看護 (がん化学療法薬の投与管理の実績があることを必須とする) を、5例以上担当した実績を有すること。
- 現在、がん化学療法を受けている患者の多い病棟、外来で勤務していることが望ましい。

(認定看護師教育課程は、入学要件として、上記の実務研修に関する要件を満たしているか入学時に審査します)

勤務証明書

西暦〇〇〇〇年 〇 月 〇〇 日

氏名： 愛知 愛子

1. 2017年11月末日現在の在職期間
上記の者は当機関（施設）において

2018年3月の時点で5年の実務
研修があれば受験資格がある。

西暦2000年 4 月より、西暦2017 年 11 月まで、計17年 8か月間 勤務している。

ただし勤務（従業）形態は、【常勤・非常勤（1日 時間で週 日、通算 時間）】である。

2. がん化学療法看護に関連する部門の勤務

勤務形態が常勤ではない場合には、1800時間の
実務研修を持って通算1年とみなす。

上記の者は当該施設において、

がん化学療法看護に関連する部門の実務研修（勤務）経験があることを証明します。

① がん化学療法看護に関連する部門の実務研修（勤務） 16年0ヶ月

②上記期間中に上記の者が担当したがん化学療法を受ける患者の化学療法薬の投与管理・看護
を行った患者の症例数（概算）

通算 1000 例

3. がん化学療法看護に関連する部門で勤務した部署の具体的な内容

2000年4月～2007年3月 血液内科で白血病や悪性リンパ腫の化学療法の投与管理や看護を担当した。

2008年12月～2014年11月 肺がんに対する化学療法看護を担当した。

2014年12月～2017年8月 外来化学療法室にて悪性リンパ腫、大腸がん、乳がんの化学療法の投与管理
や看護を担当した。

上記1、2に関する内容を証明致します。

機関(施設)名： △△市立△△中央病院

所在地： 〇〇県△△市□□町1-〇-×

電話： (011)122-3333

職名： 看護部長

氏名： 愛山 川子 (自署)



* 看護部長に相当する職位の方がご記入ください。

推薦書

西暦〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

申請者氏名： 愛知愛子

上記の者は、認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

※推薦理由の記入例はありません。教育を受ける要件を満たしていることを含む文章をご記入ください。

※原則として、現在お勤めの施設の看護部長に相当する職位の方がご記入ください。

推薦者氏名（自署）： 愛山 川子 （自署）  印

職名： 看護部長

所属機関： △△市立△△中央病院

住所： 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇県△△市□□町 1-23-456

TEL： (011)122-3333

FAX： (011)123-3456

* 看護部長に相当する職位の方がご記入ください。

志願理由書

氏名： 愛知 愛子 (自署)

※志願理由の記入例はありません。

文字サイズは10.5ポイントを使用し、1,000字以内にまとめる。

がん化学療法看護：事例報告書（要約）

患者プロフィール	がん化学療法 実施の概要	実施した看護
年齢、性別、診断名など	がん化学療法の経過、 副作用など	看護上の問題 看護援助の内容 評価を含む

※事例報告書は、がん化学療法看護の経過を記載したものであること。

※A4判1枚の枠におさまるように記入してください。

※上記の中から1名を選び、様式6-2に実践した看護を記入してください。

がん化学療法看護：事例報告書

<p>患者プロフィール ※ 氏名・イニシャルは書かないでください。</p> <p>事例の背景が理解できる内容を 記入してください。</p>	<p>現疾患・治療の概要</p> <p>診断名、病状、治療経過を 記入して下さい。</p>
<p>看護上の問題（がん化学療法に関連した問題の記載であること。）</p> <p>問題点およびアセスメントを記入してください。</p>	
<p>看護経過（上記の看護上の問題の一つについて展開した看護を、評価を含め具体的に記載する。）</p> <p>看護計画・実施・結果・評価を、経過がわかるように記入してください。</p>	

注) 事例報告書は、がん化学療法看護の経過を記載したものであること。

※A 4判 1 枚の枠におさまるように記入してください。

平成30年度

愛知県立大学 看護実践センター

認定看護師教育課程

写 真 票 (二次)

受験 番号	S ※記入しない	
ふりがな	あいち あいこ	
氏名	愛知 愛子 (自署)	
認定看護分野	がん化学療法看護	
所属施設	写真添付 (45×45mm) 裏面に氏名を記入し、 添付してください。	
施設名		△△中央病院
所在地 (都道府県のみ)		〇〇県

※受験番号は記入しないで下さい。

平成30年度

愛知県立大学 看護実践センター

認定看護師教育課程

受 験 票 (二次)

受験 番号	S ※記入しない
ふりがな	あいち あいこ
氏名	愛知 愛子 (自署)
認定看護分野	がん化学療法看護
《 試験実施日 》 平成30年1月28日(日) 【集合時間 午前10時00分】 試 験 時 間 割	
専門基礎科目・専門科目	10:30 ~ 12:00
小論文	13:00 ~ 14:00
面接	14:30 ~ 16:30

※受験番号は記入しないで下さい。

注) 切り離さずに提出してください。

受験番号：S * 記入しない 氏名 愛 知 愛 子

(記入しない)

受講選抜料振込領収書類添付用紙

注) コピーを貼付してください。

- ・振込金（兼手数料）受取書の場合は、取扱銀行収納印があるか確認してください。
- ・ATM 利用明細票の場合は、口座番号と残高をマジックで塗りつぶしてください。
- ・インターネットバンキングをご利用の場合は、手続完了画面をプリントアウトして貼付してください。口座番号と残高をマジックで塗りつぶしてください。