**愛知県立大学 看護実践センター**

**認定看護師教育課程**

**受講者選抜試験（二次）出願書類一式**

（１）　受講願書（様式１）

（２）　履歴書（様式２－１、２－２，２－３）

（３）　勤務証明書（様式３：看護部長の職位に相当する方が記入）

（４）　推薦書（様式４：看護部長の職位に相当する方が記入）

（５）　志願理由書（様式５）

（６）　がん化学療法看護：事例報告書（様式６－１、６－２）

（７）　写真票、受験票（様式７）

（８）　選抜試験料領収書類添付書類（様式８）

（９）　受験票返信用封筒（長形３号封筒にあて先明記の上、切手３９２円分貼付のこと）

（10）　看護師免許証の写し（Ａ４版縮小コピー）

|  |
| --- |
| 記入上の注意事項は、愛知県立大学看護実践センターホームページ  （https://www.nrs.aichi-pu.ac.jp/nursing/）の「出願書類の記入注意事項」をご参照ください。  記載に不備な点がある場合は受理できませんのでご注意ください。 |

|  |
| --- |
| 記入いただいた個人情報は、受験資格要件の確認、応募状況を統計としてまとめるために利用いたします。 |

（様式１）がん化学療法看護　 　　　　　　　　 受験番号：Ｓ

　　 　　　　　　　　　　（記入しない）

**受　講　願　書（二次）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年 月 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　（〒　　　－　　　　）

ＴＥＬ

ふりがな

氏　名（自署）

（様式２－1）がん化学療法看護　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：Ｓ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記入しない）

履歴書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　 歳） | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | (℡)  (FAX) |
| 現住所 | 〒　　　－ | |
| ふりがな |  | | 病床数  床 |
| 所属機関名 |  | |
| 設置主体 |  | | (℡)  (所属病棟もしくは内線) |
| 所属機関  住　所 | 〒　　　－ | |
| 免許取得年月日 | | （看護師）　　　　　　 年 月　　　日　　　　　　　　　　　号 | |
| 学歴（高校卒業から一般学歴、専門学歴を記入） | | | |
| （西暦）  年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |
| 年　　月 | |  | |

（様式２－２）がん化学療法看護　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：Ｓ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記入しない）

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。  所属部署名、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） |
| 年　月～  年　月  （　　か月間） |  | （　　　か月） |
| 年　月～  年　月  （　　か月間） |  | （　　　か月） |
| 年　月～  年　月  （　　か月間） |  | （　　　か月） |
| 年　月～  年　月  （　　か月間） |  | （　　　か月） |
| 年　月～  年　月  （　　か月間） |  | （　　　か月） |
| 年　月～  年　月  （　　か月間） |  | （　　　か月） |
| 年　月～  年　月  （　　か月間） |  | （　　　か月） |
| 合計 | 全実務研修期間  合計　（　　　　　　　か月） | 認定分野歴期間  合計（　　　　　　　　か月） |

※休職期間は実務研修期間としてはカウントしない。

（様式２－３）がん化学療法看護　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：Ｓ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記入しない）

1. **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（　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 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  ※該当者がない場合のみ、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方の職位・職種を記載する。 | 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  （※　　　　　　　　　　　　　　　） |

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　　　　　　　　　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  ※該当者がない場合のみ、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方の職位・職種を記載する。 | 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  （※　　　　　　　　　　　　　　　） |

職歴、実務研修は足りなければ別紙に添付してください。

**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（　　　　　　）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）

（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）

（様式３）がん化学療法看護

受験番号：Ｓ

　（記入しない）

勤務証明書

西暦　　　　　年　　　月　　日

氏名：

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

西暦　　　　　年　　月より、西暦　　　　　年　　月まで、計　　　年　　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

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）　　　　年　　　か月

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　　　　　　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

上記１、２、３に関する内容を証明致します。

機関(施設)名：

所　在　地：

電　話：

職　名：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

* 看護部長に相当する職位の方がご記入ください。
* 出願時に５年に満たない場合は、入学時に再度勤務証明書を提出していただきます。

（様式４）がん化学療法看護

受験番号：Ｓ

（記入しない）

推　薦　書

西暦　　　　　年　　月　　日

申請者氏名：

　　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充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】

推薦者氏名（自署）：

職名：

所属機関：

住所：〒

TEL：

FAX：

* 看護部長に相当する職位の方がご記入ください。

（様式５）がん化学療法看護　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：Ｓ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記入しない）

志願理由書

氏名：

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。

（様式６－１）がん化学療法看護

受験番号：Ｓ　　　　　　　 　氏名

（記入しない）

**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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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。

要約して簡潔に１枚におさめること。

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。

（様式６－２）がん化学療法看護

　　　　　　　　　　　　　　　　 受験番号：Ｓ　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （記入しない）

**がん化学療法看護：事例報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 | 現疾患・治療の概要 |
| 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。） | |
| 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。） | |

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。

　　簡潔に１枚におさめること。

平成３０年度

平成３０年度

　注）切り離さずに提出してください。

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** | |  |
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 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  小　論　文  面　　接 | 10:30 ～ 12:00  13:00 ～ 14:00  14:30 ～ 16:30 | | | | |

※受験番号は記入しないで下さい。

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** | |  |
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 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 | |
| 所在地（都道府県のみ） | |

※受験番号は記入しないで下さい。

（様式８）がん化学療法看護

　　　　　　　　　　　　　　　　 受験番号：Ｓ　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （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。