

「がん性疼痛看護」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・受講選抜料納付証明書（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、がん性疼痛を有する患者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（様式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、がん性疼痛看護分野の経験が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。指導を受けた方の職位や職種を記載する。
- 実務研修の実績・概要については下記を参考に記載する。
 - ・ 志願者が担当した、がん性疼痛を有する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験年数通算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。

簡潔に1枚に要約する。

(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

西暦〇〇〇〇年〇月〇〇日

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

書類の記載日を記入
してください。

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「がん性疼痛看護」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



履 歴 書

(西暦) 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日 現在

ふりがな	あ い ち あ い こ	性別
氏名	愛 知 愛 子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	(西暦) 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日生 (満 〇〇 歳)	

ふりがな	〇〇けん△△し××ちょう	(Tel)
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市××町□-□-1 ※都道府県から記入してください。	(011)111-1111 (FAX)(011)111-1111
ふりがな	△△しりつ△△ちゅうおうびょういん	病床数
所属機関名	△△市立△△中央病院 ※正式名称を記入してください。	450床
設置主体	※記入注意事項にある選択肢から選んで記入してください。	(Tel)
所属機関住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市* *町1-〇-×	(011) 122-3333 (所属病棟もしくは内線) △△病棟 内線 112
免許取得年月日	(看護師) 西暦 2006 年 4 月 18 日 11111111 号	
学歴 (高校卒業から一般学歴、専門学歴を記入)		
(西暦) 2003 年 3 月	〇 〇県△△市立××高等学校 普通科卒業	
2003 年 4 月	〇×衛生専門学校看護学科入学	
2006 年 3 月	〇×衛生専門学校看護学科卒業	
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

• 見本にそって記入すること
• 職歴は記入しない

実務研修報告書

1. 実務研修施設 (*研修期間については、2019年9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)
2006年4月～ 2007年3月 (12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)
2007年4月～ 2010年3月 (36か月間)	△△△中央病院 呼吸器内科病棟看護師 病棟スタッフ	肺がん患者の終末期のがん性疼痛、骨転移による疼痛を有する患者の看護を年間12例程度担当 (36 か月)
2010年4月～ 2010年11月 (8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)
2010年12月～ 2012年11月 (24か月間)	△△△中央病院 外科外来スタッフ • 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。	乳がん、胃がん、大腸がん患者の終末期におけるがん性疼痛を有する患者受診者は年間約50例であった。うち、疼痛マネジメントに関わった事例数は、24ヶ月で10例であった。 (24 か月)
2012年12月～ 2019年9月 (82か月間)	△△△中央病院 産婦人科病棟 副師長	主科：婦人科 婦人科がん患者が約20%いる病棟で、子宮がん・卵巣がんのがん性疼痛を有する患者を70ヶ月で25例担当した。 (82 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 (154 か月)	認定分野歴期間 合計 (142 か月)

准看護師の実務経験はカウントしない。

• 計算の間違が多いので、必ず確認する。

• 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。

休職期間は除外して計算する (産休・育休、介護休暇、療養休暇など)。

2. 認定看護分野「がん性疼痛看護」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。)

がん性疼痛分野における実績：施設名 (△△△中央病院)

2-1) 該当分野における施設の年間症例数	(50 例/年)
2-2) 施設の該当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 「緩和ケア診療加算」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「緩和ケア病棟入院料」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「在宅患者訪問看護・指導料 (がん専門訪問)」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 「がん患者指導管理料 1」 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 緩和医療チームの設置 <input checked="" type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 がん相談支援センター 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
2-3) 当該分野の認定看護師及び該当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 ※該当者がいない場合のみ、受験申請者自身が該当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。	がん性疼痛看護認定看護師 () 名 がん化学療法看護認定看護師 () 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 (※ 病棟師長)

がん性疼痛分野における実績：施設名 ()

2-1) 該当分野における施設の年間症例数	(例/年)
2-2) 施設の該当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 type="radio"/> 無 「緩和ケア診療加算」 有・ <input type="radio"/> 無 「緩和ケア病棟入院料」 有・ <input type="radio"/> 無 「在宅患者訪問看護・指導料 (がん専門訪問)」 有・ <input type="radio"/> 無 「がん患者指導管理料 1」 有・ <input type="radio"/> 無 緩和医療チームの設置 有・ <input type="radio"/> 無 がん相談支援センター 有・ <input type="radio"/> 無
2-3) 当該分野の認定看護師及び該当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 ※該当者がいない場合のみ、受験申請者自身が該当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。	がん性疼痛看護認定看護師 () 名 がん化学療法看護認定看護師 () 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「がん性疼痛看護」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、これまでに病状の進行等に伴って生じる持続的な痛みを有するがん患者の看護を担当した事例数* (概算)：通算 (50) 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例以上あることを確認する。

<p>【教育機関チェック欄】※ここにチェックは入れないこと</p> <p><input type="checkbox"/> 免許取得後、通算5年以上実務研修をしていること。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の実務研修のうち通算3年以上、がん患者の看護実績を有すること。病棟での看護実績を有することが望ましい。</p> <p><input type="checkbox"/> 病状の進行等に伴って生じる持続的な痛みを有するがん患者の看護を5例以上担当した実績を有すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 現在、がん患者の多い病棟、外来、または在宅ケア領域で勤務していることが望ましい。</p>
--

(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. 2019年4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2007年 4 月より、西暦2019年 4 月まで、計 12年1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. がん性疼痛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、
がん性疼痛を有する患者の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がん性疼痛を有する患者の看護に関連する部門の実務研修（勤務） 11年5か月

②上記期間中に上記の者が担当したがん性疼痛を有する患者の症例数（概算）
通算 50 例

3. がん性疼痛看護に関連する部門で勤務した部署の具体的な内容
2007年4月～2010年3月 肺がん患者のがん性疼痛看護を担当した。
2010年12月～2012年11月 外科外来におけるがん性疼痛看護を担当した。
2012年12月～2019年4月 混合病棟における婦人科がんのがん性疼痛看護を担当した。
うち、3年間緩和ケアチームリンクナースとして活動した。

上記1、2、3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 ○○○○年 ○ 月 ○○ 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）



職名： 看護部長

所属機関： △△市立△△中央病院

住所： 〒○○○○-○○○○

○○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 (自署) : 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。

がん性疼痛看護：事例報告書（要約）

患者プロフィール	疼痛マネジメント実施の概要	実施した看護
年齢、性別、診断名など	疼痛マネジメントの経過、副作用など	看護上の問題 看護援助の目標、内容 評価を含む

※事例報告書は、がん性疼痛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。

受験番号：T *記入しない 氏名 愛 知 愛 子

がん性疼痛看護：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（がん性疼痛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>看護目標・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、がん性疼痛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。

2019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

受験番号	T ※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	がん性疼痛看護	
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)		
	△△中央病院	
	〇〇県	

※受験番号は記入しないで下さい。

2019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

受験番号	T ※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	がん性疼痛看護	
《 試験実施日 》 2019年7月13日(土) 【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：T * 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。