

令和7年度
皮膚・排泄ケア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 課程教育期間)

募 集 要 項



附属看護キャリア支援センター

目 次

第1 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程の概要

- 1 石川県立看護大学看護キャリア支援センターの教育理念・教育目的 1
- 2 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程（B課程）の教育目的・期待される能力 1
- 3 講義内容、講義時間数 2
- 4 年間予定 3
- 5 修了要件 3

第2 入学者選抜要項

- 1 教育課程・募集人員・日程 3
- 2 出願資格及び出願要件 3
- 3 出願手続 4
- 4 選抜方法 6
- 5 合格発表 7
- 6 入試情報の開示 7

第3 入学手続・納付金

- 1 入学手続 8
- 2 納付金 9
- 3 その他の経費 9

第4 個人情報の取り扱いについて 9

- 試験会場案内 10
- 入学試験出願書類の記入及び提出にあたっての注意事項 11
- 出願書類 13
- 出願書類の記載例 26

◆出願書類様式

- 様式1 入学願書
- 様式2 履歴書
- 様式3 写真票・受験票
- 様式4 入学検定料払い込み通知貼付用紙
- 様式5-1、5-2、5-3 実務研修報告書
- 様式6-1、6-2 皮膚・排泄ケア事例の要約
- 様式7 勤務証明書
- 様式8 推薦書
- 様式9 志望理由書

第1 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程の概要

1 石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター

<教育理念>

石川県立看護大学附属看護キャリア支援センターは下記の事業を実施し、質の高い看護ケアを提供する看護職のキャリア開発支援にむけた教育活動の推進を図り、これらの活動を通して医療保健福祉に貢献する。

- 看護師等のキャリア形成の推進に関すること。
- 公益社団法人日本看護協会認定看護師規程に基づく認定看護師教育課程の実施に関すること。
- 認定看護師及び専門看護師に対する教育、支援に関すること。

<教育目的>

変動する保健福祉医療の中で高度専門化する看護への社会的ニーズに応えるために、崇高な人間性と熟練した看護技術と知識を有し、水準の高い看護が実践できる看護職を育成する。

2 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程（B課程）

<教育目的>

- 1) 皮膚・排泄ケア分野において、個人、家族及び集団に対して、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護を実践できる能力を育成する。
- 2) 皮膚・排泄ケア分野において、看護実践を通して看護職に対し指導を行える能力を育成する。
- 3) 皮膚・排泄ケア分野において、看護職等に対しコンサルテーションを行える能力を育成する。
- 4) 皮膚・排泄ケア分野において、多職種と協働しチーム医療のキーパーソンとしての役割を果たせる能力を育成する。

<期待される能力>

- 1) 管理困難な創傷や皮膚障害を有する個人及びそのリスクのある個人を多角的に捉え、高い臨床推論力・病態判断力に基づいた高度な創傷管理や専門的なスキンケアができる。
- 2) 管理困難なストーマを有する個人を多角的に捉え、高い臨床推論力・病態判断力に基づいた専門的なストーマ管理やスキンケアができる。
- 3) 排泄障害を伴う個人及びそのリスクがある個人を多角的に捉え、高い臨床推論力・病態判断力に基づいた専門的な排泄管理やスキンケアができる。
- 4) 創傷管理や排泄管理を有する個人、家族及び集団に応じた管理ができるよう、身体的、心理的、社会的状況を多角的に捉え、問題解決のための指導ができる。
- 5) 皮膚・排泄ケア分野の対象にある個人、家族の権利を擁護し、自己決定を尊重した看護を実践できる。
- 6) あらゆる場で看護を必要とする対象に、より質の高い医療を提供するため、多職種と協働し、チーム医療のキーパーソンとして役割を果たすことができる。
- 7) 皮膚・排泄ケア分野において役割モデルを示し、看護職への指導、看護職等へのコンサルテーションを行うことができる。

3 講義内容、講義時間数 (予定)

| 授業科目 | | 時間数 | | |
|-------|-----------------|--|--------------------------|-----|
| 共通科目 | 臨床病態生理学 | 40 | 380 | |
| | 臨床推論 | 45 | | |
| | 臨床推論:医療面接 | 15 | | |
| | フィジカルアセスメント:基礎 | 30 | | |
| | フィジカルアセスメント:応用 | 30 | | |
| | 臨床薬理学:薬物動態 | 15 | | |
| | 臨床薬理学:薬理作用 | 15 | | |
| | 臨床薬理学:薬物治療・管理 | 30 | | |
| | 疾病・臨床病態概論 | 40 | | |
| | 疾病・臨床病態概論:状況別 | 15 | | |
| | 医療安全学:医療倫理 | 15 | | |
| | 医療安全学:医療安全管理 | 15 | | |
| | チーム医療論(特定行為実践) | 15 | | |
| | 特定行為実践 | 15 | | |
| | 指導 | 15 | | |
| | 相談 | 15 | | |
| 看護管理 | 15 | | | |
| 専門科目 | 認定看護分野 専門科目 | 皮膚・排泄ケア概論 | 15 | 195 |
| | | 皮膚のアセスメントとケア | 30 | |
| | | 精神面のアセスメントとケア | 15 | |
| | | 排便機能に破綻をきたす病態の理解と評価 | 15 | |
| | | 排尿機能に破綻をきたす病態の理解と評価 | 15 | |
| | | ストーマの管理 | 30 | |
| | | 排泄障害の管理 | 30 | |
| | | 創傷のアセスメントと管理 | 45 | |
| | 特定行為研修 区分別科目 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 22 | 68 |
| | | 創傷管理関連 | 46 | |
| 演習・実習 | 統合演習 | 15 | 165 | |
| | 臨地実習 | 150 | | |
| | 特定行為実習 | 高カロリー栄養 症例脱水管理 壊死組織の除去 局所陰圧閉鎖療法 | 5症例 5症例 5症例 5症例 | |
| | | 合計時間数 | 808 | |

【日本看護協会認定看護師教育課程基準カリキュラム（特定行為研修を組み込んでいる教育課程：B教育期間）に準ずる】 ※45分を1時間とみなしています。

4 年間予定

教育期間 1年：令和7年4月上旬～令和8年3月下旬

| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|-----|----------------------------------|----|---|----|----|----|------------------|-----|-----|----------------------------------|----|-----|
| 入学式 | eラーニング* ¹ 特定行為共通科目 | | 集合教育 認定看護師分野 共通科目・専門科目 特定行為区分別科目 | | | | 実習 認定 臨地実習 | | | 学内演習 特定行為* ² 実習 | | 修了式 |

*1 eラーニングは、ご自身のパソコンやタブレットを使用しインターネットを使用して登校せずに受講する学習形態です。

eラーニングを勤務しながら学ぶ場合は、学習時間の確保が必要です。

eラーニング授業の期間中に、筆記試験等のため登校日を5月、6月に各3日間予定しています。

eラーニング期間中の登校日は、認定看護師分野の科目の講義もあります。

*2 特定行為研修の実習は、研修生の所属施設（自施設）で行うことを基本としていますが、自施設が要件を満たさない場合は、石川県立看護大学附属看護キャリア支援センターの協力施設での実習を考慮します。

5 修了要件

全ての授業科目に合格しかつ修了試験に合格した履修生に対して、本課程の修了を認定する。修了を認定した者に修了証書及び履修証明書を授与する。

第2 入学者選抜要項

1 教育課程・募集人員・日程

| | |
|-------|--------------------------------|
| 教育課程名 | 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程 |
| 募集人員 | 30名 |
| 入学試験日 | 令和6年11月24日（日）午前9時30分開始 |
| 出願期間 | 令和6年10月8日（火）～令和6年10月29日（火）消印有効 |
| 合格発表 | 令和6年12月13日（金）午前11時 |

2 出願資格

1) 出願資格

次の（1）から（3）の要件全てを満たす者とします。

（1）日本国の看護師免許を有する者。

（2）看護師免許を取得後、実務研修^{注1}を通算5年以上^{注2}有する者。

(3) (2)のうち、皮膚・排泄ケアにおける看護分野の実務研修を有する者。

ア 通算3年以上、皮膚・排泄ケア領域における看護実績を有すること。

イ 皮膚・排泄ケア領域における看護を5例以上担当した実績を有すること。ただし、創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各1例以上含むこと。

ウ 現在、皮膚・排泄ケア領域における看護を行う臨床現場に勤務していることが望ましい。

注1) 実務研修とは、指導・研修体制のもとにおける看護実務経験を意味する。

注2) 看護師免許を取得後の看護実務経験を開始した年月を1か月目とし、開講前年度末時点で看護実務経験が60か月以上であること、または見込まれること。

3 出願手続

1) 出願期間

令和6年10月8日(火)～令和6年10月29日(火) 消印有効

2) 出願方法

出願書類一式を**レターパックプラス(赤色のレターパック、520円)**で郵送してください。
レターパックプラスの「品名」欄は、「皮膚・排泄ケア出願書類」と記載してください。

3) 出願書類提出先

〒929-1210 石川県かほく市学園台1丁目1番地
石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター
電話番号 076-281-8407

4) 出願書類等

| 書類 | 作成方法 |
|-------------------|---|
| 様式1 入学願書 | 必要事項を漏れなく記入してください。 |
| 様式2 履歴書 | 必要事項を漏れなく記入してください。 写真*1 1枚貼付 記載例参照してください。 |
| 様式3 写真票・受験票 | 必要事項を漏れなく記入してください。 写真*1 2枚貼付 |
| 様式4 入学検定料払い込み通知 | 「振替払込請求書兼受領証」または「ご利用明細表(振込用紙を使ってATMから入金の場合)」の コピーを貼付 してください。 原本は各自で必ず保管してください。 |
| 様式5-1 実務研修報告書 | 必要事項を漏れなく記入してください。 |
| 5-2 | 令和6年9月30日現在までの実績を記載してください。 |
| 5-3 | 記載例を参照して正しく記入してください。 |
| 様式6-1 皮膚・排泄ケア事例要約 | 所定の様式を使用し、必要事項を漏れなく記入してください。 |
| 6-2 | |
| 様式7 勤務証明書 | 所定の様式を使用し、必要事項を漏れなく記入してください。 令和6年9月30日現在までの実績を記載してください。 施設が複数の場合は、施設ごとに1枚記載してください。 |

| | | |
|---------------|-------|---|
| 様式8 | 推薦書 | 所定の様式を使用し、必要事項を漏れなく記入してください。 |
| 様式9 | 志望理由書 | 所定の様式を使用し、作成してください。 |
| 看護師免許（日本国）の写し | | A4サイズに縮小してください。 |
| 受験票返送用封筒 | | レターパックライト（青色のレターパック、370円）の「お届け先」欄に、受験票返送先の郵便番号・住所・氏名・電話番号を明記して同封してください。 |

*1 履歴書、写真票・受験票に貼付する写真について

写真用紙に印刷してください。縦4cm×横3cm、上半身正面、無帽、無背景で出願前3か月以内に撮影したもので、裏面に氏名及び生年月日を記入してください。はがれないようにしっかりと、貼付してください。

5) 出願手続上の注意事項

- (1) 出願書類作成にあたっては、出願書類の記入及び提出における注意事項をよく読んで確認しながら作成してください。
- (2) 「自署」と書かれたところは、必ず自筆での記載をお願いします。
- (3) 出願書類が全て揃っていない場合には、受付できませんので、出願の際には、十分確認してください。
- (4) 出願受付後には、出願事項の変更は認められません。ただし、住所、氏名及び電話番号に変更があった場合には、附属看護キャリア支援センターまで連絡してください。
- (5) 入学を許可した後であっても、出願書類の記載事項と相違する事実が発見された場合は、入学の許可を取り消すことがあります。
- (6) 試験期日の1週間前頃に受験票を郵送いたします。5日前までに受験票が届かない場合は、附属看護キャリア支援センターまで問い合わせてください。
- (7) 一度受付をした出願書類及び入学検定料は、返却いたしません。

6) 入学検定料納付について

- (1) 入学検定料 50,000円
- (2) 郵便局備付けの払込取扱票（青色の枠のもの）に、記入見本を参考にして、所定の事項をもれなく記載のうえ、下記口座まで払込ください。ATMをご利用の場合も、必ず払込取扱票を使用して入金してください。
- (3) 「振替払込請求書兼受領証」または「ご利用明細表」のコピーを様式4に貼付してください。原本はご自身で保管してください。「振替払込請求書兼受領証」または「ご利用明細表」をもって領収書といたします。
- (4) 一度納入された入学検定料は原則として返還できません。あらかじめご了承ください。

記入見本

- *必ず青色の「払込取扱票」を使用して入金してください。ゆうちょダイレクトなど口座番号を入力しての口座間送金は利用しないでください。
- *記入見本に沿って、もれなく記入してください。

| 払込取扱票 | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------|---|-----------------|---|----|---|---------|---|---|---|---|
| 00 | | 口座記号・番号はお間違えないよう記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 口座記号 | | | | 口座番号 (右詰めで記入) | | | | | | | | |
| * | 0 | 0 | 7 | 3 | 0 | 6 | * | 6 | 8 | 8 | 8 | 6 |
| 金額 | | | | 千 百 十 万 千 百 十 円 | | | | | | | | |
| * | | | | 5 | | | | 0 0 0 0 | | | | |
| 加入者名 | | | | | | 料金 | | 備考 | | | | |
| 石川県公立大学法人 | | | | | | | | | | | | |
| 石川県立看護大学 WOC 入学検定料 | | | | | | | | | | | | |
| 〒 929-1210 石川県かほく市学園台 1-1 | | | | | | | | | | | | |
| おなまえ WOC 石川 花子 | | | | | | | | | | | | |
| (ご連絡先電話番号 076-281-8407) | | | | | | | | | | | | |
| ご依頼人欄に、おところ・おなまえをご記入ください。 これより下部には何も記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | |

ご自身の〒住所、
氏名(WOC+氏名)、電話番号を記載してください。

見本

振替払込請求書兼受領証

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|---|-------|---|---|---|---|--|--|--|
| * | 0 | 0 | 7 | 3 | 0 | 6 | * | | | | |
| * | | 6 | | 8 | | 8 | | 6 | | | |
| * | | 5 | | 0 | | 0 | | 0 | | | |
| * | | おなまえ WOC 石川 花子様 | | | | | | | | | |
| * | | (消費税込み) | | 日 附 印 | | | | | | | |
| * | | 円 | | | | | | | | | |
| * | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---------------|
| 払込先口座番号 | 00730-6-68886 |
| 加入者名 | 石川県公立大学法人 |
| 通信欄記入事項 | WOC 入学検定料 |
| *ご依頼人の氏名は WOC+氏名と記載してください。 例えば WOC 石川花子 | |

4 選抜方法

1) 選抜要項

| | |
|--------------|---|
| 実務研修 内容基準 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 通算3年以上、皮膚・排泄ケア領域における看護実績を有すること。 2. 皮膚・排泄ケア領域における看護を5例以上担当した実績を有すること。ただし、創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各1例以上含むこと。 3. 現在、皮膚・排泄ケア領域における看護を行う臨床現場に勤務していることが望ましい。 |
|--------------|---|

| | |
|--------------|---|
| 試験内容 選抜基準 | 学科試験（客観式問題・状況設定問題）、小論文、面接試験を行います。 上記の結果及び出願書類の内容を総合して入学者の選抜を行います。 ただし、選抜にあたって、合格判定基準を満たす石川県内の在勤者を優先する場合があります。 |
| 出願資格 | 出願資格については提出された書類で審査します。 |

2) 試験期日

令和6年11月24日（日） 午前9時30分開始

3) 試験会場

石川県立看護大学

4) 試験科目等

| 試験科目・時間 | 配点 | 試験内容及び備考 |
|----------------------|------|-----------------------------------|
| 学科試験 9:30～10:30 | 100点 | 皮膚・排泄ケア領域における基礎的知識や事例に関する状況判断力を問う |
| 小論文 11:00～12:00 | 50点 | 看護に対する考え方や論理的思考を問う |
| 面接（1人約10分） 13:00～ | 50点 | 入学動機や学習への意欲、認定看護師としての適性を問う |

※ 受験者は、午前9時00分までに指定された試験室に入室してください。

5 合格発表

1) 発表日時

令和6年12月13日（金） 午前11時

2) 発表方法

本学正面玄関に合格者の受験番号を掲示するとともに、合格者に合格通知書を送付します。なお、電話等による問い合わせには一切応じません。

6 入試情報の開示

1) 情報提供

石川県立看護大学のホームページ（<https://www.ishikawa-nu.ac.jp>）において、次の内容について随時情報提供を行います。

- (1) 合格者受験番号（ホームページによる公表は、発表期日の午前12時頃となります。）
- (2) 試験問題の開示（受験者本人による簡易開示の請求をご参照ください。）

2) 受験者本人による簡易開示の請求

試験の成績について、受験者本人に限り次のとおり簡易開示の請求ができます。

(1) 請求方法

開示申請申込期間中にメールにてお問い合わせ下さい。その後所定の手続きを経て開示いたします。

開示申請受付期間：令和6年12月16日（月）～ 令和7年1月7日（火）

申請先：附属看護キャリア支援センター e-mail career@ishikawa-nu.ac.jp

(2) 開示期間

令和7年2月4日（火）～令和7年2月14日（金） 土日・祝日を除く

(3) 開示内容

各試験科目の得点及び合計点

(4) 開示方法

受験者本人であることを確認のうえ、本学で閲覧する。

第3 入学手続・納付金

1 入学手続

1) 入学手続期間

令和6年12月16日（月）～ 令和7年1月21日（火） 最終日消印有効
大学へ直接持参される方は、最終日の17時までにお越しください。

2) 入学手続方法

(1) 入学手続きの詳細につきましては、合格通知を送付するときに

入学手続の際には、誓約書、保証書、受験票、写真（縦4cm×横3cm）等の書類が必要です（入学手続の詳細については、合格通知書送付時にお知らせします。）。

(2) 入学手続書類は、下記提出先に**レターパックライト（青色のレターパック、370円）**で郵送してください。

3) 入学手続書類提出先

〒929-1210 石川県かほく市学園台1丁目1番地
石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター

4) 入学手続上の注意事項

(1) 合格者には、合格通知時に入学手続きについての詳細をご案内します。

(2) 入学手続期間内に手続を完了しなかった者については、入学を辞退したものと取り扱います。

(3) 入学手数料及び必要な書類が全て揃っていない場合には、受付できませんので、書類提出の際には、十分確認してください。

(4) 一度受付をした入学手数料及び入学手続書類は返却しません。

2 納付金

- | | |
|------------------------|--------------|
| 1) 入学手数料 | 50,000円*1 |
| 2) 授業料 (特定行為研修と実習費を含む) | 1,150,000円*2 |

*1 入学手続きに必要な納付金は入学手数料です。

*2 授業料の納付期日は、別途お知らせいたします。

授業料のうち、特定行為研修の授業料は 400,000円 です。

すでに特定行為研修を修了した方は、所定の手続きを経て本学が認めた場合に教育課程の一部を履修したものとみなし、当該科目の授業料を免除することがあります。

3 その他の経費

- 1) 研修期間中には、書籍や文房具代、交通費 (通学)、宿泊費 (自宅外通学生)、実習保険料等の経費が必要となります。
- 2) 研修では、各自のノート型パソコンが必要となります。臨地実習では、実習施設に通う交通費、実習中の宿泊費等 (遠方の実習施設もある為) は、履修生負担となります。

第4 個人情報の取り扱いについて

出願書類及び入学手続きに関する書類から取得した個人情報は、厳重に管理され、入試業務のために利用し、それ以外の目的に利用することはありません。

入学試験に関するお問い合わせ先

〒929-1210 石川県かほく市学園台1丁目1番地

石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター

e-mail career@ishikawa-nu.ac.jp 電話番号 076-281-8407

※ 出願書類記載内容に関する問い合わせは、内容の正確性を期すため、メールでお願いいたします。

試験会場案内

1 所在地

〒929-1210 石川県かほく市学園台1丁目1番地 石川県立看護大学
駐車場あります。

2 交通案内

- 1) J R金沢駅からは、J R七尾線に乘車し高松駅で下車（電車で約30分）徒歩約20分、タクシー約5分、かほく市営バス（看護大学）に乘車し看護大学前で下車（約5分）

※土曜日、日曜日及び祝日は、看護大学線は運行していません。

- 2) J R金沢駅からタクシー利用の場合 約40分

- 3) 自家用車の場合

北陸自動車道金沢森本ICからのと里山海道経由、県立看護大IC下車 約25分
（のと里山海道 県立看護大IC下車）

- 4) 小松空港から

高速バス乗車、金沢駅下車（約50分）、金沢駅からは上記参照



入学試験出願書類の記入及び提出にあたっての注意事項

- * 提出する出願書類は、全て片面印刷でお願いします（両面印刷しないでください）。
- * 各様式の記入例を必ず確認し、過不足なく記入してください。
- * 基本的な記入枠のスペースや高さは変更せず、枠内に収まるように記入してください。ただし文字の大きさや行間は、文字を識別できる範囲で変更可能です。
- * 記入手段で指定のところは必ずパソコンで入力してください（記入手段参照）。指定のないところはパソコンまたは黒のボールペンで記載してください。
- * 鉛筆や摩擦熱で消せるボールペン（フリクションボールなど）は使用しないでください。
- * 訂正する場合は、二重線を引き訂正印を押してください。
- * 訂正前に不備がないか、チェック欄を使用して確認してください。

| 書類 | | 作成方法と注意事項 | 記入手段 | チェック |
|-------------------|-------------|--|---------|--------------------------|
| 様式 | 書類名 | | | |
| 1 | 入学願書 | ・氏名の記載は自署とする。 | 氏名は自署のみ | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 履歴書 | <ul style="list-style-type: none"> ・現住所、所属機関の住所は都道府県から記載する。 ・緊急時に連絡のとれる電話番号とメールアドレスを記載する。 ・所属機関名は省略することなく、正式名称で記載する。 ・学歴は高校卒業から、学科や課程を含め正式名称で記載する。 ・学歴に職歴は書かない。 ・職歴は、准看護師歴、産休・育休期間は省く。 ・写真1枚貼付する。 | 指定なし | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 写真票・受験票 | ・必要事項を記入し、履歴書と同一の写真を貼付する。 | 指定なし | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 入学検定料払い込み通知 | <ul style="list-style-type: none"> ・「振替払込請求書兼受領証」または「ご利用明細表（ATM入金の場合）」の<u>コピーを貼付</u>する。 ・<u>原本は各自で必ず保管</u>する。 | — | <input type="checkbox"/> |
| 5-1 5-2 5-3 | 実務研修報告書 | <ul style="list-style-type: none"> ・令和6年9月30日現在までの実績を記載する。 ・実務研修とは看護実務経験のことである。 ・部署の終了と次部署の開始が同じ月の場合、開始を翌月からとする。 ・合計月数の計算間違いがないように注意する。 ・看護教員としての期間は実務研修に含まれない。 | パソコン入力 | <input type="checkbox"/> |
| 6-1 6-2 | 皮膚・排泄ケア事例要約 | <ul style="list-style-type: none"> ・記入例を参照して記載する。 ・それぞれ用紙は1枚以内に収める。 | パソコン入力 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 勤務証明書 | <ul style="list-style-type: none"> ・令和6年9月30日現在までの実績を記載する。 ・准看護師期間や休職期間（産休、育休、病休等）は在職期間に含まない。 | 指定なし | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------------|-------|---|------------------------|--------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・通算5年以上を満たす勤務証明が必要なため、1施設で不足の場合は、現所属施設を含む5年を満たす施設分を添付する。 ・非常勤の場合は、1800時間以上で1年と換算する。 ・看護部長または施設長（病院長）が発行したものである。 | | |
| 8 | 推薦書 | <ul style="list-style-type: none"> ・所定の様式を使用し、必要事項を漏れなく記入してください。 | 指定なし 推薦者氏名 は自署のみ | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 志望理由書 | <ul style="list-style-type: none"> ・<u>1枚に収まるように記載する。</u> | パソコン 入力 | <input type="checkbox"/> |
| 看護師免許（日本国）の 写し | | <ul style="list-style-type: none"> ・<u>A4サイズに縮小</u>してコピーしてください。 | — | <input type="checkbox"/> |
| 受験票返送用封筒 | | <ul style="list-style-type: none"> ・レターパックライト（青色のレターパック、370円）のお届け先欄に、受験票返送先の郵便番号・住所・氏名・電話番号を明記してください。 | 指定なし | <input type="checkbox"/> |

【様式1】

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

入学願書

石川県立看護大学長 殿

私は、石川県立看護大学皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程を受験
したいので、関係書類を添えて出願します。

令和 年 月 日

| | |
|------|-----------------|
| 現住所 | 〒 ー |
| 電話番号 | () ー |

| | |
|--------------------|--------------------------|
| フリガナ 氏名 (自署) | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 |

【様式2】

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

| |
|---|
| 写真貼付欄 縦4cm×横3cm 正面上半身無帽、背景無し、出願前6か月以内に撮影したものの。 写真裏に氏名・生年月日を記入して貼ること。 |
|---|

履 歴 書

令和 年 月 日現在

| | | |
|------|-------------------|---|
| フリガナ | | 印 |
| 氏名 | | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日生 (満 歳) | |

| | | |
|---------|--|-------------------------------|
| フリガナ | | TEL () - |
| 現住所 | 〒 | e-mail |
| フリガナ | | |
| 所属機関名 | | |
| 所属機関住所 | 〒 | TEL () - 所属部署もしくは内線番号 () |
| 免許取得年月日 | (看護師) 西暦 年 月 日 号 (保健師) 西暦 年 月 日 号 (助産師) 西暦 年 月 日 号 | |
| (西暦) | 学歴 (高校卒業時から記入) 及び職歴 | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |

| | |
|--|---|
| 特定行為研修修了の有無 (有の場合、下記に終了年月と修了した特定行為区分に○を記載) | |
| 西暦 年 月修了 | () 1. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 () 2. 創傷管理関連 () 3. その他 () |

写真票

令和7年度石川県立看護大学
皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程

| |
|--|
| <p>写真貼付欄 縦4cm×横3cm</p> <p>正面上半身無帽、背景無し、出願前6か月以内に撮影したものの。 写真裏に氏名・生年月日を記入して貼ること。</p> |
|--|

| | |
|--------|---|
| 受験番号 | ※ |
| フリガナ氏名 | |

(注) ※欄には何も記入しないでください。

----- *切り離さないでください -----

受験票

令和7年度石川県立看護大学
皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程

| | |
|-------------|------|
| 9:30~10:30 | 学科試験 |
| 11:00~12:00 | 小論文 |
| 13:00~ | 面接 |

| |
|--|
| <p>写真貼付欄 縦4cm×横3cm</p> <p>正面上半身無帽、背景無し、出願前6か月以内に撮影したものの。 写真裏に氏名・生年月日を記入して貼ること。</p> |
|--|

| | |
|--------|---------------|
| 受験番号 | ※ |
| フリガナ氏名 | |
| 試験期日 | 令和6年11月24日(日) |
| 試験会場 | 石川県立看護大学 |

(注) ※欄には何も記入しないでください。

受験上の注意事項

- 1 受験者は、午前9時00分までに指定された試験室に入室してください。
- 2 試験会場へは、午前8時30分から入れます。
- 3 受験者本人以外は、試験会場には入れません。
- 4 「学科試験・小論文」は、試験開始後、30分以内の試験室入室に限り受験を認めますが、試験時間の延長は認めません。
- 5 「学科試験・小論文」の試験時間中に使用を許可する物は、「HBの黒鉛筆(シャープペンシル可)」、「消しゴム」、「鉛筆削り」及び「時計(計時機能のみのもの)」に限ります。
- 6 試験時間内における受験者間の物品貸借は、一切認めません。
- 7 受験票は、入学手続の際に必要なため、試験後も大切に保管してください。
- 8 試験室では、携帯電話等は、アラームの設定を解除し、電源を切つかばん等の中へしまってください。
- 9 試験会場では、監督員等の指示に従ってください。
- 10 「学科試験・小論文・面接」のうち1科目でも受験しない者は、入学選抜の対象から除きます。

【様式4】

| | |
|---------|---|
| 受 験 番 号 | ※ |
|---------|---|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

入学検定料払い込み通知貼付用紙

| |
|-----|
| 氏 名 |
|-----|

- 「振替払込請求書兼受領書」または
「ご利用明細書」いずれかのコピー
をここに貼付してください。

- 原本はご自身で保管してください。

【様式5-1】

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

| |
|----|
| 氏名 |
|----|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

実務研修報告書

1 実務研修期間及び実務研修施設名 (令和6年9月30日現在)

| (西暦) 期 間 | 所属施設名及び職位 |
|-----------|-----------|
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 年 か月 |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 年 か月 |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 年 か月 |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 年 か月 |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 年 か月 |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 年 か月 |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 合計 | 年 か月 |

*看護教員としての勤務実績は実務研修期間に含まれません。

2 認定看護分野歴(令和6年9月30日現在)

| (西暦) 期 間 | 所属施設名、所属部署名、職位 |
|------------|----------------|
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 所属部署名 : |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 所属部署名 : |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 所属部署名 : |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 年 月 ~ 年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | 所属部署名 : |
| 非常勤(週 時間) | 年 か月 |
| 皮膚・排泄ケア歴合計 | 年 か月 |

*所属部署については、皮膚・排泄ケア分野歴がわかるように記載する。

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

| |
|----|
| 氏名 |
|----|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

実務研修報告書

3 皮膚・排泄ケア分野に関連する看護実務研修内容の概要

| | | | |
|--|--------|----|---|
| 皮膚・排泄ケア分野における看護実務研修期間において、 <u>認定看護分野に関連する症例</u> を担当した事例数(通算) | 創傷ケア | 通算 | 例 |
| | ストーマケア | 通算 | 例 |
| | 失禁ケア | 通算 | 例 |

*受験者の実績を記載する。担当した事例とは、継続的・中心的に患者に係わった事例とする。

4 皮膚・排泄ケア分野に関連する看護実務研修施設の概要

皮膚・排泄ケア分野における実績：施設名 ()

| | |
|---|--|
| 4-1)皮膚・排泄ケア分野における診療報酬関連 <u>※有の項目の()に○をつける</u> | () 1. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 () 2. 在宅訪問看護・指導料 () 3. 同一建物居住者訪問看護・指導料 () 4. 排尿自立支援加算 () 5. 外来排尿自立指導料 () 6. 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 () 7. 下肢末梢動脈疾患患者管理加算 () 8. 糖尿病合併症管理料 () 9. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 () 10. 上記いずれも無 |
| 4-2)皮膚・排泄ケア分野に関する専門外来の有無及び年間外来受診者数 <u>※有の項目の()に○をつけ症例数を記載する</u> | () 1. ストーマ外来：年間()例 () 2. 失禁外来：年間()例 () 3. 創傷外来：年間()例 () 4. その他：()外来(年間()例) |
| 4-3)皮膚・排泄ケア分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数 <u>※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が皮膚・排泄ケア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</u> | 1. 皮膚・排泄ケア認定看護師：有()名・無 2. 糖尿病看護認定看護師：有()名・無 3. 特定行為研修 創傷管理関連 修了者：有()名・無 4. いずれも無の場合 実務研修指導者の役職： 例) 実務研修指導者：教育担当師長、皮膚・排泄ケア分野における経験5年以上を有する主任等 |

【様式5-3】

受験番号 ※

氏名

(注) ※欄には何も記入しないでください。

実務研修報告書

5 学会及び研修会等の業績

学会及び研究会発表等の業績

*次は本学記入欄です。

【本学チェック欄】

- 日本国の看護師免許を有する。
- 看護師免許取得後、通算5年以上の実務研修実績を有する。
- 上記の実務研修期間のうち通算3年以上、皮膚・排泄ケア領域における看護実績を有する。
- 皮膚・排泄ケア領域における看護を5例以上担当した実績を有すること。ただし、創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各1例以上含むこと。
- 現在、皮膚・排泄ケア領域における看護を行う臨床現場に勤務していることが望ましい。

【様式6-1】

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

| |
|----|
| 氏名 |
|----|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

皮膚・排泄ケア事例要約

1 継続的・中心的に担当した事例（1例）

事例の種類 *該当する番号の()に○ () 1. 創傷 () 2. ストーマ () 3. 排泄管理

患者プロフィール（現病歴・既往歴・術式等を含む治療など）

アセスメント

看護問題

看護の実際（評価を含む）

* 1枚に収まるように記載すること

【様式6-2】

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

| |
|----|
| 氏名 |
|----|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

皮膚・排泄ケア事例要約

2 1以外に担当した4事例の概要

| 患者プロフィール (現病歴・既往歴・術式等を含む) | 看護の実際 (問題点・評価を含む) |
|------------------------------|-------------------|
| 【1. 創傷】 | |
| 【2. ストーマ】 | |
| 【3. 排泄管理】 | |
| 【4. 】* | |

*創傷・ストーマ・排泄管理のいずれかを記載する。1枚に収まるように記載すること

【様式7】

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

勤 務 証 明 書

記入日 令和 年 月 日

氏名： _____

上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

| | | | | |
|---------------|--------------|-------------|------|-----------|
| 常勤勤務期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| | (西暦) 年 月～ | (西暦) 年 月 | 年 か月 | 年 か月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| | (西暦) 年 月～ | (西暦) 年 月 | 年 か月 | 年 か月 |
| 合計通算年数 | | | | 年 か月 |

所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

機関(施設)名:

職位名*:

氏 名 :

印

機関(施設)所在地:

TEL:

* 人事課(病院長名)あるいは看護部長等の職位の方がご記入ください

【様式8】

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

推薦書

記入日 令和 年 月 日

氏名： _____

上記の者は皮膚・排泄ケア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】

当教育課程は、特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程です...

理解しました

推薦者氏名（自署）： _____ 印

所属機関（施設）

推薦者職位*：

所属機関（施設）所在地：

TEL：

*看護部長等の職位の方がご記入ください。

【様式8】推薦書に関する注意事項

1. 推薦書は看護部長相当の職位の方がご記入ください。
2. 当教育課程は「特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程（B課程）」です。
特定行為研修の共通科目等は、eラーニングシステムを活用します。
3. 特定行為研修に関する実習は、研修生自身の所属施設（自施設）を基本としています。症例数が不足する場合は、不足分のみを当センターの協力施設で実習を行うことができます。

<特定行為研修を自施設で行う意義>

- ・ 自施設の指導医と協働する体制を構築し、研修修了後も継続して特定行為を行う基盤ができる。
- ・ 研修生自身が指導医や管理者と話し合いをすることで、認定看護師に必要な対話する力や交渉する力を身に着ける一助となる。

上記についてご理解いただいた場合は、【様式8】推薦書の□に✓を記入してください。

なお、✓の記入の有無が入学試験の評価に関わることは一切ございません。

※受験者が看護部長相当の上司に【様式8】推薦書を依頼する際は、この注意事項を添えて依頼してください。

【様式9】

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

志 望 理 由 書

記入日 令和 年 月 日

氏 名

*枠内に収まるよう記載してください。

記 載 例

記入上の注意をよく読み、記載例を参考にしながら、記入間違い、記入漏れ、不備がないように十分注意してください。

【様式2】

記 載 例

受験番号 ※

(注) ※欄には何も記入しないでください。

写真貼付欄
縦 4cm×横 3cm

正面上半身無帽、背景無し、出願前6か月以内に撮影したものの。
写真裏に氏名・生年月日を記入して貼ること。

履 歴 書

令和 年 月 日現在

| | | |
|------|-------------------|---|
| フリガナ | | 印 |
| 氏名 | | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日生 (満 歳) | |

| | | |
|----------|--|-------------------------------|
| フリガナ | | TEL () - |
| 現住所 | 〒 *都道府県から記入してください。 | e-mail |
| フリガナ | | |
| 所属機関名 | *法人名等も含めて正式名称を記入してください。 | |
| 所属機関住所 | 〒 | TEL () - 所属部署もしくは内線番号 () |
| 免許取得年月日 | (看護師) 西暦 年 月 日 号 (保健師) 西暦 年 月 日 号 (助産師) 西暦 年 月 日 号 | |
| (西暦) | 学歴 (高校卒業時から記入) 及び職歴 | |
| 年 月 | 〈学歴〉 | |
| 2003年 3月 | 〇〇県立△△高等学校普通科 卒業 | |
| 2003年 4月 | 〇〇県立看護専門学校 入学 | |
| 2006年 3月 | 〇〇県立看護専門学校 卒業 | |
| 年 月 | 〈職歴〉 | |
| 2006年 4月 | 〇〇市立△△病院 入職 | |
| 2013年 3月 | 〇〇市立△△病陳 退職 | |
| 2013年 7月 | 医療法人〇〇会△△病院 入職 | |
| 2024年 月 | 現在に至る | |
| 年 月 | *記入欄が足りない場合は行を挿入してください。次ページにわたっても可 | |

特定行為研修修了の有無 (有の場合、下記に終了年月と修了した特定行為区分に○を記載)

| | |
|-----------------|--|
| 西暦 2022 年 3 月修了 | (○) 1. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 () 2. 創傷管理関連 (○) 3. その他 (在宅領域パッケージ) |
|-----------------|--|

* 特定行為研修修了者のみ記載。未修了者は記載不要です。

氏名

(注) ※欄には何も記入しないでください。

実務研修報告書

1 実務研修期間及び実務研修施設名 (令和6年9月30日現在)

| (西暦) 期間 | 所属施設名及び職位 |
|-----------------|--|
| 2006年4月～2009年3月 | 所属施設名 : ○○市立○○病院 消化器外科病棟 |
| 常勤 3年0か月 | 職位 : スタッフナース |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | |
| 2009年4月～2015年6月 | 所属施設名 : ○○市立○○病院 整形外科病棟 |
| 常勤 6年3か月 | 職位 : スタッフナース |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | |
| 2015年7月～2018年3月 | 所属施設名 : ○○市立△△病院 消化器内科病棟 |
| 常勤 2年9か月 | 職位 : 主任 |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | |
| 2018年4月～2024年9月 | 所属施設名 : ○○法人△△会 ○○病院 内科・外科混合病棟 |
| 常勤 6年6か月 | 職位 : スタッフナース |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | |
| 年 月～年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 | <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> * 看護師としての実務経験を記載すること。 但し、准看護師としての経験は含まない。 * 計算間違いのないように記載すること。 </div> |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | |
| 年 月 | 職位 : |
| 常勤 年 か月 | |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> * 計算間違いのないように記載してください。 </div> |
| 合計 18年 6か月 | |

*看護教員としての勤務実績は実務研修期間に含まれません。

2 認定看護分野歴 (令和6年9月30日現在)

| (西暦) 期間 | 所属施設名、所属部署名、職位 |
|-------------------|---|
| 2006年4月～2009年3月 | 所属施設名 : ○○市立○○病院 |
| 常勤 3年0か月 | 所属部署名 : 消化器外科病棟 |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | 職位 : スタッフ |
| 2015年4月～2018年3月 | 所属施設名 : ○○市立○○病院 |
| 常勤 3年0か月 | 所属部署名 : 外科系混合病棟(泌尿器科、皮膚科含む) |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | 職位 : スタッフ |
| 2021年4月～2024年9月 | 所属施設名 : ○○市立○○病院 |
| 常勤 3年6か月 | 所属部署名 : 地域包括ケア病棟(施設等からの褥瘡ケアの患者、排尿ケアの患者常に20%在籍) |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | 職位 : 主任 |
| 年 月～年 月 | 所属施設名 : |
| 常勤 年 か月 | <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 所属部署は、皮膚・排泄ケアの分野歴がわかるように記載する。 </div> |
| 非常勤(週 時間) 年 か月 | |
| 皮膚・排泄ケア歴合計 9年 6か月 | |

*所属部署については、皮膚・排泄ケア分野歴がわかるように記載する。

氏名

(注) ※欄には何も記入しないでください。

実務研修報告書

3 皮膚・排泄ケア分野に関連する看護実務研修内容の概要

| | | | |
|--|--------|----|---|
| 皮膚・排泄ケア分野における看護実務研修期間において、 <u>認定看護分野に関連する症例</u> を担当した事例数（通算） | 創傷ケア | 通算 | 例 |
| | ストーマケア | 通算 | 例 |
| | 失禁ケア | 通算 | 例 |

*** 受験者の実績を記載する。担当した事例とは、継続的・中心的に患者に係わった事例とする。**

4 皮膚・排泄ケア分野に関連する看護実務研修施設の概要

皮膚・排泄ケア分野における実績：施設名（ ）

| | |
|--|---|
| <p>4-1)皮膚・排泄ケア分野における診療報酬関連</p> <p>※有の項目の()に○をつける</p> | <p>() 1. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>() 2. 在宅訪問看護・指導料</p> <p>() 3. 同一建物居住者訪問看護・指導料</p> <p>() 4. 排尿自立支援加算</p> <p>() 5. 外来排尿自立指導料</p> <p>() 6. 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算</p> <p>() 7. 下肢末梢動脈疾患患者管理加算</p> <p>() 8. 糖尿病合併症管理料</p> <p>() 9. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</p> <p>() 10. 上記いずれも無</p> |
| <p>4-2)皮膚・排泄ケア分野に関する専門外来の有無及び年間外来受診者数</p> <p>※有の項目の()に○をつけ症例数を記載する</p> | <p>() 1. ストーマ外来： 年間 () 例</p> <p>() 2. 失禁外来： 年間 () 例</p> <p>() 3. 創傷外来： 年間 () 例</p> <p>() 4. その他：() 外来 (年間 例)</p> |
| <p>4-3)皮膚・排泄ケア分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数</p> <p>※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が皮膚・排泄ケア分野の実務研修において主に指導を受けた人の役職名を記載する</p> | <p>1. 皮膚・排泄ケア認定看護師： 有 (名)・ 無</p> <p>2. 糖尿病看護認定看護師： 有 (名)・ 無</p> <p>3. 特定行為研修 創傷管理関連 修了者：有 (名)・ 無</p> <p>4. いずれも無の場合</p> <p>実務研修指導者の役職：</p> <p>例) 実務研修指導者：教育担当師長、皮膚・排泄ケア分野における経験5年以上を有する主任等</p> |

【様式5-3】

記載例

受験番号 ※

氏名

(注) ※欄には何も記入しないでください。

実務研修報告書

5 学会及び研修会等の業績

学会及び研究会発表等の業績

学会や研究会等への発表や学術雑誌への投稿業績について記載してください。

*次は本学記入欄です。

【本学チェック欄】

この欄はチェックしないこと

- 日本国の看護師免許を有する。
- 看護師免許取得後、通算5年以上の実務研修実績を有する。
- 上記の実務研修期間のうち通算3年以上、皮膚・排泄ケア領域における看護実績を有する。
- 皮膚・排泄ケア領域における看護を5例以上 担当した実績を有すること。ただし、創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各1例以上含むこと。
- 現在、皮膚・排泄ケア領域における看護を行う臨床現場に勤務していることが望ましい。

【様式6-1】

記載例

受験番号 ※

氏名

(注) ※欄には何も記入しないでください。

皮膚・排泄ケア事例要約

1 継続的・中心的に担当した事例(1例)

| | |
|--|---|
| 事例の種類 *該当する番号の()に○ ()1. 創傷 (○)2. ストーマ ()3. 排泄管理 | |
| 患者プロフィール(現病歴・既往歴・術式等を含む治療など) | |
| <p>該当する番号に○をつけてください。</p> | |
| アセスメント | <p>* 枠の大きさは変更しないでください。 * フォントの大きさ・行間は、文字を識別できる範囲で変更可能です。 * 1枚に収まるように記載してください。</p> |
| 看護問題 | |
| 看護の実際(評価を含む) | |

* 1枚に収まるように記載すること

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

氏 名

(注) ※欄には何も記入しないでください。

皮膚・排泄ケア事例要約

2 1以外に担当した4事例の概要

| 患者プロフィール (現病歴・既往歴・術式等を含む) | 看護の実際(問題点・評価を含む) |
|--|---|
| <p>【1. 創傷】</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="color: red;">看護の展開を記述するにあたって必要な情報を記入してください。</p> </div> | <div style="border: 1px solid red; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="color: red;">* 皮膚・排泄ケア事例要約 1 (様式 6-1) 以外の事例を記載してください。</p> <p style="color: red;">* 枠の大きさは変更しないでください。</p> <p style="color: red;">* フォントの大きさ・行間は、文字を識別できる範囲で変更可能です。</p> <p style="color: red;">* 1 枚に収まるように記載してください。</p> </div> |
| <p>【2. ストーマ】</p> | |
| <p>【3. 排泄管理】</p> | |
| <p>【4. ストーマ】*</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="color: red;">創傷・ストーマ・排泄管理のいずれかを記載する。</p> </div> | |

* 創傷・ストーマ・排泄管理のいずれかを記載する。 1 枚に収まるように記載すること

受験番号 ※

(注) ※欄には何も記入しないでください。

勤務証明書

記入日 令和 年 月 日

氏名: _____

上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

| | | | | |
|---------|--------------|-------------|------|-----------|
| 常勤勤務期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| | (西暦) 年 月～ | (西暦) 年 月 | 年 か月 | 年 か月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| | (西暦) 年 月～ | (西暦) 年 月 | 年 か月 | 年 か月 |
| 合計通算年数 | | | | 年 か月 |

所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

.....

.....

.....

.....

*勤務期間から休職期間を除いた期間が通算勤務期間と一致しているか確認してください。

*在職の職場で5年以上を満たさない場合は、過去に勤務した職場の証明書も必要です。

*勤務した施設が複数の場合には様式をコピーして使用してください（1つの職場につき1枚）。

勤務した病棟の診療科がわかるように記載してください。担当の診療科が複数ある場合は、皮膚・排泄ケア分野に関連する診療科を優先して記入してください。

機関(施設)名:

職位名*:

氏名:

印

機関(施設)所在地:

TEL:

*人事課（病院長名）あるいは看護部長等の職位の方がご記入ください

【様式8】

記載例

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

(注) ※欄には何も記入しないでください。

推薦書

記入日 令和 年 月 日

氏名： _____

上記の者は、皮膚・排泄ケア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】

【様式8】推薦書に関する注意事項をお読みいただき、ご理解いただいた場合は と記載してください。

当教育課程は、特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程です。

理解しました

自署で記入してください。

推薦者氏名（自署）： _____ 印

所属機関（施設）

推薦者職位*：

所属機関（施設）所在地：

TEL：

*看護部長等の職位の方がご記入ください。

【様式8】推薦書に関する注意事項

1. 推薦書は、看護部長相当の職位の方がご記入ください。
2. 当教育課程は「特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程（B課程）」です。
特定行為研修の共通科目等は、eラーニングシステムを活用します。
3. 特定行為研修に関する実習は、研修生自身の所属施設（自施設）を基本としています。症例数が不足する場合は、不足分のみを当センターの協力施設で実習を行うことができます。

<特定行為研修を自施設で行う意義>

- ・ 自施設の指導医と協働する体制を構築し、研修修了後も継続して特定行為を行う基盤ができる。
- ・ 研修生自身が指導医や管理者と話し合いをすることで、認定看護師に必要な対話する力や交渉する力を身に着ける一助となる。

上記についてご理解いただいた場合は、【様式8】推薦書の□に✓を記入してください。

なお、✓の記入の有無が入学試験の評価に関わることは一切ございません。

※受験者が看護部長相当の上司に【様式8】推薦書を依頼する際は、この注意事項を添えて依頼してください。

