

京都橘大学看護教育研修センター

認定看護師教育課程

皮膚・排泄ケア分野

2017年度 募集要項（願書）

京都橘大学看護教育研修センター

〒607-8175 京都市山科区大宅山田町34

TEL & FAX 075-574-4133

E-mail cpdn@tachibana-u.ac.jp

HP <http://www.tachibana-u.ac.jp>

# 京都橘大学看護教育研修センター

## 認定看護師教育課程

### <皮膚・排泄ケア分野>

#### 1. 看護教育研修センター設置の沿革と教育理念

高度・専門分化する医療をはじめ、変化する保健医療福祉環境の中で、看護の役割が拡大し、臨床においても質の高い看護ケアが求められている。この看護現場でのケアの質の向上を図ることを目的に、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践ができ、また他の看護職者のケア技術向上に資する看護師を育成するため、看護教育研修センターを2006年12月に開設した。

#### 2. 認定看護師教育課程 <皮膚・排泄ケア分野>

##### 教育目的

1. 創傷管理及び排泄管理を要する患者とその家族に対し、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護実践ができる能力を育成する。
2. 創傷管理及び排泄管理を要する患者とその家族の看護において、看護実践を通して他の看護職者に対して指導ができる能力を育成する。
3. 創傷管理及び排泄管理を要する患者とその家族の看護において、看護実践を通して他の看護職者に対して相談対応・支援ができる能力を育成する。

#### 3. 看護分野名と教育期間

| 分野名     | 教育期間                                                |
|---------|-----------------------------------------------------|
| 皮膚・排泄ケア | 8 か月間<br>2017 年 5 月 17 日(水)～2017 年 12 月 22 日(金)(予定) |

#### 4. 教育内容、講義時間数（予定）

##### 共通科目 150時間

###### <必修>

|              |    |
|--------------|----|
| 1. 看護管理      | 15 |
| 2. リーダーシップ   | 15 |
| 3. 情報管理      | 15 |
| 4. 看護倫理      | 15 |
| 5. 指導        | 15 |
| 6. 相談        | 15 |
| 7. 文献検索・文献講読 | 15 |
| 8. 臨床薬理学     | 15 |
| 9. 医療安全管理    | 15 |
| 10. 対人関係     | 15 |

##### 専門科目 285時間

|                        |    |
|------------------------|----|
| 1. 皮膚・排泄ケア概論           | 15 |
| 2. 皮膚のアセスメントとケア        | 30 |
| 3. 精神面のアセスメントとケア       | 15 |
| 4. 栄養のアセスメントと管理        | 15 |
| 5. 排便機能に破綻をきたす病態の理解と評価 | 30 |
| 6. 排尿機能に破綻をきたす病態の理解と評価 | 30 |
| 7. ストーマケア              | 30 |
| 8. 排泄障害のケア             | 30 |
| 9. 創傷の病態と治療            | 30 |
| 10. 創傷のアセスメントと管理Ⅰ      | 30 |
| 11. 創傷のアセスメントと管理Ⅱ      | 30 |

##### 演習 240時間

|         |     |
|---------|-----|
| 1. 学内演習 | 60  |
| 2. 臨地実習 | 180 |

総時間数 675時間

【日本看護協会認定看護師教育課程基準カリキュラムに準ずる】

# 京都橘大学看護教育研修センター

## 認定看護師教育課程

### <皮膚・排泄ケア分野>

#### 募集要項

#### 1. 募集人員

| 分野名     | 募集人員 |
|---------|------|
| 皮膚・排泄ケア | 30 名 |

#### 2. 受験資格

下記の要件をすべて満たしていることを条件とする。

- (1) 日本国の看護師の免許を有する者。
- (2) 看護師としての実務研修\*を5年以上（出願時点）有する者。
- (3) その他下記に定める看護分野の実務研修\*を有すること。

\*実務研修とは、看護師としての看護実務経験を意味します。

##### <皮膚・排泄ケア>

- ① 通算3年以上（出願時点）、外科系領域またはストーマケアを行う病棟・外来・在宅ケア領域での看護実績を有すること。
- ② ストーマ造設患者の看護を1例以上、及び創傷または失禁ケア領域の看護を4例以上担当した実績を有すること。
- ③ 現在、創傷ケア、ストーマケア、または失禁ケアを行う病棟・外来・在宅ケア領域で勤務していることが望ましい。

### 3. 出願手続き

出願書類受付期間 2016年9月1日(木) ～ 2016年9月25日(日)

封筒に「**出願書類在中**」と**朱書きのうえ、簡易書留**で下記まで送付してください。

京都橘大学看護教育研修センター 〒607-8175 京都市山科区大宅山田町 34

※締切日消印有効、持参不可

#### (1) 提出書類一式

選抜試験出願書類は次の通りです。書式に基づき記入してください。書類の不備がある場合は受験できません。なお、以下の様式 A～H の書類は本学ホームページより Word 形式でのダウンロードが可能です（再生紙使用不可）。

- ☐ 入学願書（様式 A）
- ☐ 履歴書（様式 B）写真 1 枚貼付
- ☐ 実務研修報告書（様式 C）※実務研修に関する要件を満たしていることが必要
- ☐ 勤務証明書（様式 D）※施設で証明してもらうこと（現在の施設で通算 5 年以上を満たす場合は、その施設の証明だけでよい。満たさない場合は、その前の施設の証明も必要。  
用紙は必要に応じて適宜コピーすること。）
- ☐ 推薦書（様式 E）※看護部長相当者の推薦書
- ☐ 事例経験書（様式 F）
- ☐ 事例の要約（様式 G）
- ☐ 看護師免許の写し※A4 版に縮小のこと
- ☐ 受験票および写真票（様式 H）写真 2 枚貼付
- ☐ 入学検定料払込通知（様式 H）「振込票兼受領証」または「ご利用明細票」のコピーを貼付
- ☐ 受験票郵送用封筒 ※封筒のサイズは長 3（120×235）とします。住所、氏名を記入し、  
252 円分の切手を貼付すること。

※履歴書・受験票・写真票に貼付する写真について

出願書類受付開始日より 3 ヶ月以内に撮影したもの。上半身・脱帽・正面向き

カラー写真、縦 4 cm×横 3 cm 写真裏面には氏名と生年月日を記入のこと。

※健康診断書については入学手続き時に提出を求めます。

(2) 入学検定料納付について

入学検定料 50,000 円

郵便局備え付けの郵便局払込取扱票に氏名、電話番号、住所、金額を記入のうえ、出願手続期間中に下記口座まで払い込みください。「払込票兼受領証」または「ご利用明細票」(ATM利用時)のコピーを提出(様式Hに貼付)してください。「払込票兼受領証」または「ご利用明細票」をもって領収書といたします。

※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。

|         |                                        |
|---------|----------------------------------------|
| 払込先口座番号 | 0 1 0 7 0 - 7 - 2 8 8 9 9              |
| 加入者名    | 京都橘大学                                  |
| 通信欄記入事項 | 2017年度 認定看護師教育課程 入学検定料納入<br>住所 氏名 電話番号 |

(3) 受験票の送付について

提出書類を審査のうえ、受験が認められた方には試験日の1週間前までに受験票を郵送します。

試験日の1週間前を過ぎても届かない場合は、看護教育研修センターまでお問合わせください。受験票は受験時に必ず携帯してください。また合格発表まで必ず保管してください。

#### 4. 入学選抜試験

(1) 選抜試験会場

京都橘大学キャンパス (京都市 <sup>やましな</sup>山科区 <sup>おおやけ</sup>大宅山田町 34)

試験当日連絡先 (京都橘大学看護教育研修センター) TEL 075-574-4133

JR「山科 (やましな)」駅から京阪バス利用

または地下鉄東西線「柳辻 (なぎつじ)」駅から徒歩 15 分

(2) 選抜試験日時

| 内容   | 日時                   |
|------|----------------------|
|      | 2016 年 11 月 26 日 (土) |
| 学科試験 | 9:30~11:10           |
| 小論文  | 11:40~12:40          |
| 面接   | 13:30~               |

(試験開始 30 分前までに指定の試験場に入室してください。)

(3) 選抜方法

学科試験専門科目 (客観式問題・状況設定問題)、小論文、面接により選抜。

## 5. 合格発表

2016 年 12 月 9 日(金)に本学ホームページにて発表。

12 月 22 日(木)までホームページ上に合格者受験番号を公開します。

※本学ホームページ <http://www.tachibana-u.ac.jp>

また、受験者に合否通知を郵送します。郵送の都合により発表当日に到着しない場合があります。電話や FAX、メールなどでの合否の問い合わせは一切受け付けいたしません。

## 6. 入学手続きと学費（受講料）について

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。

なお、入学手続き期限および学費（受講料）については下記の通りです。

|     |           |
|-----|-----------|
| 入学金 | 50,000 円  |
| 授業料 | 750,000 円 |
| 合計  | 800,000 円 |

**入学手続き期限 2017 年 1 月 27 日(金)（当日消印有効）**

※ 原則として一旦納入された入学金および授業料は返還いたしません。

※ このほか書籍代、実習先への交通費、実習保険料などが必要となります。

## 7. 資格の取得

教育課程修了者には、日本看護協会が行う認定看護師認定審査 皮膚・排泄ケア分野を受験する資格が得られます。

## 8. 個人情報の取り扱いについて

出願にあたって提供いただいた氏名、住所その他の個人情報については、本センターにおける選抜試験（出願処理・試験実施）、合格発表、入学手続きならびに入学後の修学指導など、これらに付随する業務においてのみ利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

## 9. 出願書類について

提出された出願書類は返却いたしません。

## 10. その他

選抜試験当日の昼食については、各自でご用意ください。

### ■選抜試験に関する問い合わせ先

京都橘大学看護教育研修センター

〒607-8175 京都市 <sup>やましな</sup>山科区 <sup>おおやけ</sup>大宅山田町 34

TEL&FAX 075-574-4133

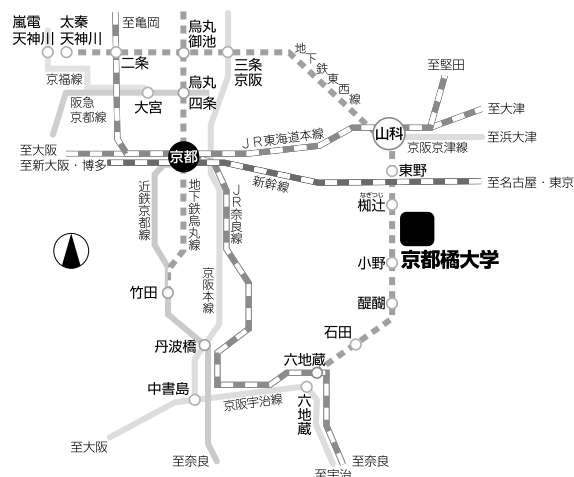
受付時間 9:00～17:00（土、日、祝日を除く）

E-mail [cpdn@tachibana-u.ac.jp](mailto:cpdn@tachibana-u.ac.jp)

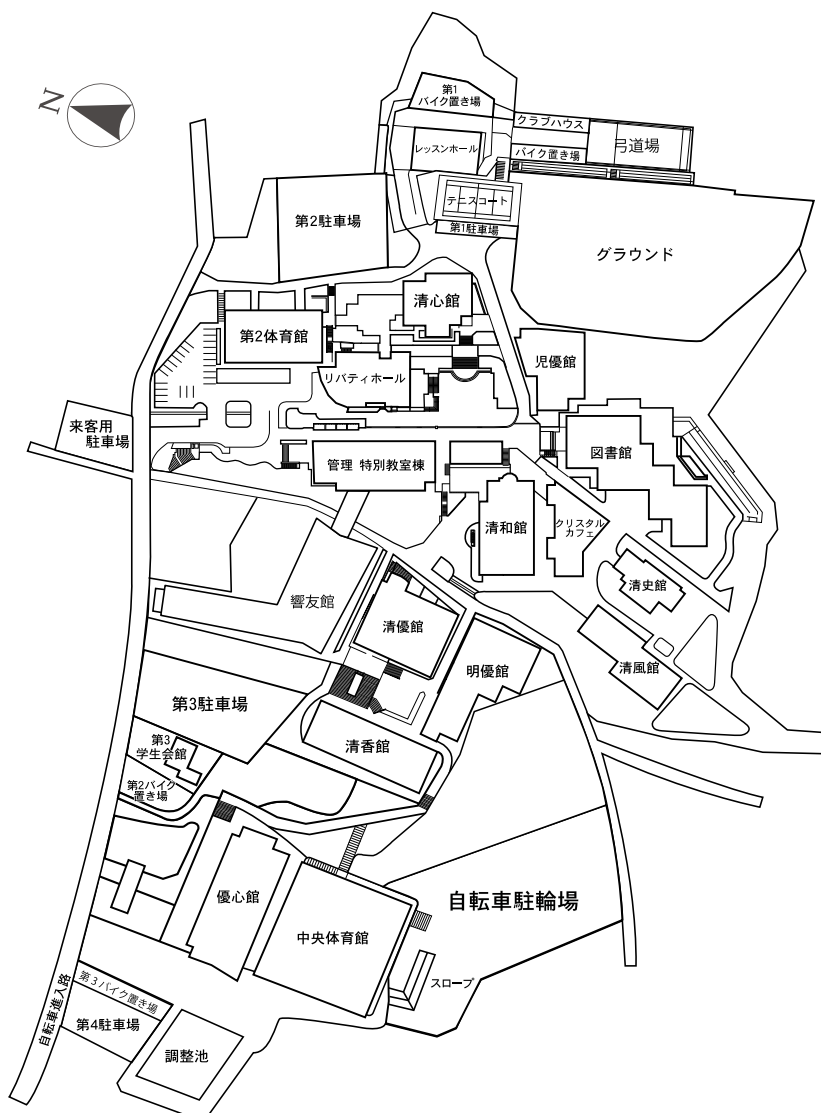
## ■試験場案内

### 1. 交通案内

- ・ JR・京阪・地下鉄東西線「山科（やましな）駅」より  
京阪バス 26 系統「大宅（おおやけ）」下車、東へ徒歩 5 分
- ・ JR・京阪・地下鉄東西線「山科（やましな）駅」より  
京阪バス 28 系統「大宅甲ノ辻（おおやけこうのつじ）」下車、  
東へ徒歩約 5 分
- ・ 地下鉄東西線「柳辻（なぎつじ）駅」下車、東へ徒歩約 15 分
- ・ JR・京阪・地下鉄東西線「山科（やましな）駅」より  
タクシー利用の場合、約 15 分



### 2. キャンパス案内図





## 入学選抜試験出願書類の記入および提出にあたっての注意事項

- \* 過不足なく記入してください
- \* 枠内のスペースに収まるように記入してください
- \* 記入枠のスペースは幅や高さを変更しないでください
- \* 全て西暦表記にしてください
- \* 自著での記入箇所以外は全てパソコンでの入力可です
- \* 訂正する場合は、二重線を引き訂正印を押してください
- \* 提出前に不備がないか必ず確認してください

| 提出書類                        | 様式 | 記入方法と注意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 確認欄 |
|-----------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 入学願書                        | A  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名、生年月日、現住所、電話番号を記入し、押印する<br/>日付は記入日を記入      ※署名は自署</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |
| 履歴書<br>※記入例（P.11）を参照のこと     | B  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日付は記入日を記入する</li> <li>・ メールアドレスはすぐに確認できるもの（携帯電話・スマートフォン）と、ファイル添付が可能なもの（PC メール）の二種類を必ず記入する</li> <li>・ 所属機関は正式名称を記入、設置主体が法人の場合、法人名を必ず記入する<br/>現在、勤務していない場合は離職中と記入する</li> <li>※所属科名は<u>業務内容がわかるように記入</u>すること<br/>例：消化器外科病棟など</li> <li>・ 学歴、職歴はそれぞれの欄に記入する</li> <li>・ 学歴は高校卒業からとし、学校名は学科・課程も含め正式名称を記入する</li> <li>・ 職歴は看護師としての職歴を非常勤も含めて全て記入する<br/><u>（准看護師歴、産休・育休期間は省く）</u></li> </ul>                                    |     |
| 実務研修報告書<br>※記入例（P.13）を参照のこと | C  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認定看護分野の実務研修には、職歴のうち、皮膚・排泄ケア分野に関連した実務研修を記入する</li> <li>※研修＝経験</li> <li>・ 実務研修施設概要では、認定分野歴におけるすべての施設の実績について記載する。施設が複数の場合、用紙をコピーし施設ごとに記入する</li> <li>・ 2-5) については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任で、分野の経験が5年以上あるものから受けたことを記す。あるいは施設外の認定看護師から指導があった場合にはそれを記す</li> <li>※実務研修実績概要における担当した事例とは<u>受けもち患者として継続的に関わった事例</u>を指す。ストーマ造設1例以上、および創傷または失禁ケア4例以上あることを確認する</li> <li>※実務研修に関する要件を満たしていることが必要</li> </ul> |     |

| 提出書類          | 様式   | 記入方法と注意事項                                                                                                                                                                                                                 | 確認欄 |
|---------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 勤務証明書         | D    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人事課（病院長名）あるいは看護部長の職位の方が作成する</li> <li>・ 現在の職場で通算 5 年以上を満たす場合は、その職場だけでよい。満たさない場合は、その前の職場の証明も必要用紙は必要に応じてコピーすること</li> <li>・ 診療科が分かるように記入する<br/>例：消化器・泌尿器外科混合病棟、整形外科外来、ICU</li> </ul> |     |
| 推薦書           | E    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護部長相当者の職位の方が記入。研修修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入する<br/>記入者名は自署</li> </ul>                                                                                                              |     |
| 事例経験書         | F    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例Ⅰにストーマ造設患者の看護ケア事例を 1 例、事例Ⅱ～Ⅴに創傷または失禁ケア領域の看護ケア事例を 4 例事例に対する看護展開がわかるよう明確に要約して記入すること</li> <li>※できるだけ新しい事例を記入すること</li> <li>・ 1 ページに収まるよう要約すること</li> </ul>                          |     |
| 事例の要約         | G    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 様式 F で記入した 5 つの事例のなかから、できるだけ新しい事例を一つ選び、事例番号も記入すること</li> <li>事例に対する看護展開を中心に要約すること</li> <li>・ 1 ページに収まるよう要約すること</li> </ul>                                                         |     |
| 受験票および写真票     | H    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要事項を記入し、写真を貼付する</li> </ul>                                                                                                                                                      |     |
| 入学検定料払込通知     | H    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「払込票兼受領証」または「ご利用明細票」のコピーを貼付</li> </ul>                                                                                                                                           |     |
| 受験票郵送用封筒 定型封筒 | 定型封筒 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定型封筒（長 3 サイズ）に 252 円分の切手を貼付し、住所・氏名を記入</li> </ul>                                                                                                                                 |     |
| 看護師免許の写し      |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A 4 版に縮小のこと</li> </ul>                                                                                                                                                           |     |

# 様式 B

(記入例)

受験番号 (※ )

## 履 歴 書

写真貼付  
(縦 4cm×横 3cm)

※写真裏面に  
氏名と生年月日を  
記入のこと

記入日 西暦 2016 年 9 月 〇日

|      |                 |                                       |
|------|-----------------|---------------------------------------|
| フリガナ | タチバナ カオリ        | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 氏名   | 橘 香里            | <input checked="" type="radio"/>      |
| 生年月日 | 西暦 19〇〇年 〇月 〇日生 | (満〇〇歳)                                |

|                        |                       |                                                                 |
|------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| フリガナ                   |                       |                                                                 |
| 現住所                    | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>都道府県から記入 | 電話番号                                                            |
|                        |                       | 携帯電話                                                            |
| E-mail<br>(携帯・スマートフォン) | すぐに確認できるメールアドレスを記入    | メールアドレスは正確・明瞭に記入してください<br>(数字とアルファベットの区別、ハイフンとアンダーバーの区別がわかるように) |
| E-mail<br>(PC)         | ファイル添付が可能なメールアドレスを記入  |                                                                 |

|              |                                                          |                                       |
|--------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| フリガナ         |                                                          |                                       |
| 現在の<br>所属機関名 | 正式名称を記入(法人名等も記載)                                         | 所属科名<br>「消化器外科」など、業務内容がわかるよう<br>に記入する |
| 設置主体         | 国立、行政独立法人、都道府県・市町村、日本赤十字社、共済組合、医療法人、会社、個人など設置主体を<br>記入する |                                       |
| 所属機関<br>住所   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>都道府県から記入                                    | 電話番号                                  |
|              |                                                          | FAX                                   |
| 免許取得年月日      | 看護師 西暦 〇〇〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇〇〇〇〇〇〇号)                          |                                       |

| 学 歴 (高校卒業時から記入) |                     |  |
|-----------------|---------------------|--|
| 西暦 2002 年 3 月   | 私立京都橘高等学校 卒業        |  |
| 西暦 2002 年 4 月   | 私立京都橘大学 看護学部看護学科 入学 |  |
| 西暦 2006 年 3 月   | 私立京都橘大学 看護学部看護学科 卒業 |  |
| 西暦 年 月          | 以上                  |  |
| 西暦 年 月          |                     |  |
| 西暦 年 月          |                     |  |
| 西暦 年 月          |                     |  |
| 西暦 年 月          |                     |  |
| 西暦 年 月          |                     |  |

(注) ※印欄には記入しないこと

| 職 歴（看護師免許取得以降 所属機関名、所属科名、職位を含む）                |                          |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| 西暦 2006 年 4 月～ 2008 年 3 月                      | 橘病院 内科病棟 看護師（スタッフナース）    |
| 西暦 2008 年 4 月～ 2012 年 3 月                      | 橘病院 消化器外科病棟 看護師（スタッフナース） |
| 西暦 2012 年 4 月～ 2014 年 3 月                      | 橘病院 内科病棟 看護師（スタッフナース）    |
| 西暦 2014 年 4 月～ 2015 年 3 月                      | 橘病院 消化器外科病棟 看護師（スタッフナース） |
| 西暦 2015 年 4 月～ 2016 年 9 月現在                    | 橘病院 消化器外科病棟 看護師（主任）      |
| 西暦      年      月～      年      月                | 以上                       |
| 西暦      年      月～      年      月                |                          |
| 西暦      年      月～      年      月                |                          |
| 西暦      年      月～      年      月                |                          |
| 西暦      年      月～      年      月                |                          |
| 看護の実務研修年数（通算）      10 年      5 か月              |                          |
| 学会および研究会発表等の業績<br><br><b>学会および研究会発表等の業績を記入</b> |                          |
| 志望理由<br><br><b>志望理由を記入</b>                     |                          |

## 実務研修報告書

分野名:皮膚・排泄ケア分野

氏名: 橘 香里

## 1. 実務研修期間および内容について(\*認定看護師教育機関出願までの職歴を記載する)

## 1) 認定看護分野における看護実務研修期間

| 年    | 月 | ～ | 年    | 月 | 期間(月数) | 所属施設名 | 部署  | 職位      | 実務研修科 |
|------|---|---|------|---|--------|-------|-----|---------|-------|
| 2008 | 4 | ～ | 2012 | 3 | 48     | 橘病院   | 看護部 | スタッフナース | 消化器外科 |
| 2014 | 4 | ～ | 2015 | 3 | 12     | 橘病院   | 看護部 | スタッフナース | 消化器外科 |
| 2015 | 4 | ～ | 2016 | 9 | 18     | 橘病院   | 看護部 | 主任      | 消化器外科 |
|      |   | ～ |      |   |        |       |     |         |       |
|      |   | ～ |      |   |        |       |     |         |       |

①合計 77

皮膚・排泄ケア分野の実務研修内容基準  
(日本看護協会 HP 内「認定看護師になるには」)を参照  
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>

## 2) 認定看護分野以外での看護実務研修期間

| 年    | 月 | ～ | 年    | 月 | 期間(月数) | 所属施設名 | 職位      |
|------|---|---|------|---|--------|-------|---------|
| 2006 | 4 | ～ | 2008 | 3 | 24     | 橘病院   | スタッフナース |
| 2012 | 4 | ～ | 2014 | 3 | 24     | 橘病院   | スタッフナース |
|      |   | ～ |      |   |        |       |         |
|      |   | ～ |      |   |        |       |         |
|      |   | ～ |      |   |        |       |         |

②合計 48

勤務形態が非常勤の場合、「実質勤務時間 150 時間」を 1  
ヶ月相当として換算し、勤務月数を割り出す。  
「150 時間」= 「7.5 時間 (実質勤務時間) × 20 日」

## 3) 看護実務研修期間の確認

| ①(36 か月以上) | ②  | ①+②(60 か月以上) |
|------------|----|--------------|
| 77         | 48 | 125          |

## 2. 認定看護分野に関する看護実務研修施設の概要

(\*最低3年間認定看護分野歴における施設の実績について記載。施設が複数の場合、用紙をコピーし、施設ごとに実績を記載する)

|                                                                                    |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1)施設名                                                                              | 橘病院                                 |
| 2)認定看護分野に関する年間症例数(入院・外来を含む延べ人数)                                                    | 創傷ケア 100/年、ストーマケア 90/年、失禁ケア 40/年    |
| 3)認定看護分野に関する施設基準の届出の種類                                                             | 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<br>人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 |
| 4)認定看護分野に関する専門の部門(部署・外来・病棟等)の有無とその名称                                               | 消化器外科病棟<br>ストーマ外来・失禁外来・褥瘡外来:無       |
| 5)認定看護分野に関する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称<br>*0 名の場合は、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者の役職を記載する | 皮膚・排泄ケア認定看護師 1 名                    |

## 3. 認定看護分野に関する看護実務研修内容の概要

|                                                                  |        |    |    |   |
|------------------------------------------------------------------|--------|----|----|---|
| 1-1) に記載した「認定看護分野における看護実務研修期間」において、認定看護分野に関連する症例を自身が担当した事例数 (通算) | 創傷ケア   | 通算 | 20 | 例 |
|                                                                  | ストーマケア | 通算 | 12 | 例 |
|                                                                  | 失禁ケア   | 通算 | 15 | 例 |

(注) 下記の教育機関チェック欄には記入しないこと

## 【教育機関チェック欄】

認定看護師教育課程は、実務研修に関する要件を満たしているか入学選抜時に審査すること

☐ 免許取得後、実務研修が通算5年以上ある☐ 実務研修期間のうち認定看護分野の実務研修の実績があること

「特定看護分野の実務研修内容基準」の詳細は下記のとおり

☐ 通算3年以上、外科系領域またはストーマケアを行う病棟・外来・在宅ケア領域での看護実績を有すること☐ ストーマ造設患者の看護を1例以上、及び創傷または失禁ケア領域の看護を4例以上担当した実績を有すること

(注) ※印欄には記入しないこと

## 入 学 願 書

京都橘大学看護教育研修センター所長 殿

私は、

京都橘大学看護教育研修センター 認定看護師教育課程に入学したく、

ここに関係書類を添えて申請いたします。

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな

氏名 印  
(自著)

西暦 年 月 日生

(〒 — )

ふりがな

現住所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 ( ) —

携帯電話番号 — —

(注) ※印欄には記入しないこと

様式 B

受験番号 (※ )

履 歴 書

写真貼付  
(縦 4cm×横 3cm)

※写真裏面に  
氏名と生年月日を  
記入のこと

記入日 西暦 年 月 日

|      |                 |     |
|------|-----------------|-----|
| 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                   |   |      |
| 現住所                    | 〒 | 電話番号 |
|                        |   | 携帯電話 |
| E-mail<br>(携帯・スマートフォン) |   |      |
| E-mail<br>(PC)         |   |      |

|              |                   |      |
|--------------|-------------------|------|
| フリガナ         |                   |      |
| 現在の<br>所属機関名 |                   | 所属科名 |
| 設置主体         |                   |      |
| 所属機関<br>住所   | 〒                 | 電話番号 |
|              |                   | FAX  |
| 免許取得年月日      | 保健師 西暦 年 月 日 ( 号) |      |
|              | 助産師 西暦 年 月 日 ( 号) |      |
|              | 看護師 西暦 年 月 日 ( 号) |      |

| 学 歴 (高校卒業時から記入) |  |  |
|-----------------|--|--|
| 西暦 年 月          |  |  |
| 西暦 年 月          |  |  |
| 西暦 年 月          |  |  |
| 西暦 年 月          |  |  |
| 西暦 年 月          |  |  |
| 西暦 年 月          |  |  |
| 西暦 年 月          |  |  |
| 西暦 年 月          |  |  |

(注) ※印欄には記入しないこと

| 職 歴（看護師免許取得以降 所属機関名、所属科名、職位を含む）                              |   |    |   |   |
|--------------------------------------------------------------|---|----|---|---|
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 西暦                                                           | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| 看護の実務研修年数（通算）                      年                      か月 |   |    |   |   |
| 学会および研究会発表等の業績                                               |   |    |   |   |
| 志望理由                                                         |   |    |   |   |



## 実務研修報告書

分野名:皮膚・排泄ケア分野

氏名: \_\_\_\_\_

## 1. 実務研修期間および内容について(\*認定看護師教育機関出願までの職歴を記載する)

## 1) 認定看護分野における看護実務研修期間

| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 期間(月数) | 所属施設名 | 部署 | 職位 | 実務研修科 |
|---|---|---|---|---|--------|-------|----|----|-------|
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |    |       |
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |    |       |
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |    |       |
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |    |       |
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |    |       |

①合計

## 2) 認定看護分野以外での看護実務研修期間

| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 期間(月数) | 所属施設名 | 職位 |
|---|---|---|---|---|--------|-------|----|
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |
|   |   | ～ |   |   |        |       |    |

②合計

## 3) 看護実務研修期間の確認

| ①(36 か月以上) | ② | ①+②(60 か月以上) |
|------------|---|--------------|
|            |   |              |

## 2. 認定看護分野に関する看護実務研修施設の概要

(\*最低3年間認定看護分野歴における施設の実績について記載。施設が複数の場合、用紙をコピーし、施設ごとに実績を記載する)

|                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1)施設名                                                                             |  |
| 2)認定看護分野に関する年間症例数(入院・外来を含む延べ人数)                                                   |  |
| 3)認定看護分野に関する施設基準の届出の種類                                                            |  |
| 4)認定看護分野に関する専門の部門(部署・外来・病棟等)の有無とその名称                                              |  |
| 5)認定看護分野に関する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称<br>*0名の場合は、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者の役職を記載する |  |

## 3. 認定看護分野に関する看護実務研修内容の概要

|                                                                 |        |    |   |
|-----------------------------------------------------------------|--------|----|---|
| 1-1) に記載した「認定看護分野における看護実務研修期間」において、認定看護分野に関連する症例を自身が担当した事例数(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 |

(注) 下記の教育機関チェック欄には記入しないこと

## 【教育機関チェック欄】

認定看護師教育課程は、実務研修に関する要件を満たしているか入学選抜時に審査すること

☐ 免許取得後、実務研修が通算5年以上ある☐ 実務研修期間のうち認定看護分野の実務研修の実績があること

「特定看護分野の実務研修内容基準」の詳細は下記のとおり

☐ 通算3年以上、外科系領域またはストーマケアを行う病棟・外来・在宅ケア領域での看護実績を有すること☐ ストーマ造設患者の看護を1例以上、及び創傷または失禁ケア領域の看護を4例以上担当した実績を有すること

(注) ※印欄には記入しないこと

様式 D

受験番号 (※ )

## 勤 務 証 明 書

西暦 年 月 日

申請者氏名 : \_\_\_\_\_

上記の者は当機関（施設）において、以下のとおり勤務 している／した  
（どちらかに○）ことを証明します。

|     | 在職期間                               | 所属部署<br>( <u>診療科</u> が分かるように記入してください) | 勤務形態<br>(どちらかに○) |
|-----|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| (例) | 西暦 2005 年 ○ 月 ○ 日 ～ 2008 年 ○ 月 ○ 日 | ( ) 外来・病棟・ <u>その他</u> ( ICU )         | <u>常勤</u> ・非常勤   |
| (例) | 西暦 2008 年 ○ 月 ○ 日 ～ 2014 年 ○ 月 ○ 日 | (消化器・泌尿器外科) <u>外来</u> ・病棟・その他 ( )     | 常勤・ <u>非常勤</u>   |
|     | 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日                   | ( ) 外来・病棟・その他 ( )                     | 常勤・非常勤           |
|     | 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日                   | ( ) 外来・病棟・その他 ( )                     | 常勤・非常勤           |
|     | 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日                   | ( ) 外来・病棟・その他 ( )                     | 常勤・非常勤           |
|     | 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日                   | ( ) 外来・病棟・その他 ( )                     | 常勤・非常勤           |
|     | 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日                   | ( ) 外来・病棟・その他 ( )                     | 常勤・非常勤           |

通算 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 間

(例) 非常勤の場合、1 日 6 時間、週 5 日である  
非常勤の場合、1 日 \_\_\_\_\_ 時間、週 \_\_\_\_\_ 日である

機 関（ 施 設 ） 名：

職 位：

氏 名：

印

機関（施設）所在地：〒

電 話 番 号：

F A X：

人事課（病院長名）あるいは看護部長の職位の方がご証明ください。

(注) ※印欄には記入しないこと

准看護師歴、産休・育休期間は除いてご記入ください。

様式 E

受験番号（※）

## 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受講生として、専門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】

---

---

---

---

---

---

---

---

---

推薦者氏名（自署）： 印

所属機関（施設）：

職 位：

所属機関（施設）所在地：〒

電 話 番 号：

F A X：

看護部長相当者の方がご記入ください。

（注）※印欄には記入しないこと

## 事例経験書

## ストーマ造設患者の看護ケア事例 (1 例記入)

| 事例          | 患者プロフィール<br>(年齢・性別・現疾患・術式を含む)         | 看護の展開 | 問題点と対応の評価 |
|-------------|---------------------------------------|-------|-----------|
| 【Ⅰ】<br>ストーマ | 看護した期間：<br>自(西暦) 年 月 日<br>至(西暦) 年 月 日 |       |           |

## 創傷または失禁ケア領域の看護ケア事例 (4 例記入)

| 事例             | 患者プロフィール<br>(年齢・性別・現疾患・術式を含む)         | 看護の展開 | 問題点と対応の評価 |
|----------------|---------------------------------------|-------|-----------|
| 【Ⅱ】<br>* 創傷・失禁 | 看護した期間：<br>自(西暦) 年 月 日<br>至(西暦) 年 月 日 |       |           |
| 【Ⅲ】<br>* 創傷・失禁 | 看護した期間：<br>自(西暦) 年 月 日<br>至(西暦) 年 月 日 |       |           |
| 【Ⅳ】<br>* 創傷・失禁 | 看護した期間：<br>自(西暦) 年 月 日<br>至(西暦) 年 月 日 |       |           |
| 【Ⅴ】<br>* 創傷・失禁 | 看護した期間：<br>自(西暦) 年 月 日<br>至(西暦) 年 月 日 |       |           |

\* 創傷・失禁 どちらかに○

(注) ※印欄には記入しないこと

## 事 例 の 要 約

事例【      】※様式 F の事例経験の中から、できるだけ5年以内の事例を選び、その番号を記入してください。事例はストーマ造設患者の看護ケア事例、創傷または失禁ケア領域の看護ケア事例のいずれも可です。

看護した期間：西暦          年          月          日～          年          月          日

【患者プロフィール】年齢・性別・現疾患の経過、術式、ストーマの種類を含む

【看護問題】  
継続問題には#印をつける

【看護実践の経過】

【評価】

## 様式 H

京都橘大学看護教育研修センター  
認定看護師教育課程 皮膚・排泄ケア分野  
2017 年度入学選抜試験 2016 年 11 月 26 日実施

**写真票**

受験番号※

フリガナ

氏名

写真貼付  
(縦 4cm×横 3cm)

※写真裏面に  
氏名と生年月日を  
記入のこと

京都橘大学看護教育研修センター  
認定看護師教育課程 皮膚・排泄ケア分野  
2017 年度入学選抜試験 2016 年 11 月 26 日実施

**受験票**

受験番号※

フリガナ

氏名

＜試験会場＞  
京都橘大学  
キャンパス内

京都市山科区  
大宅山田町 34  
(試験日当日の連絡先)  
TEL075-574-4133

写真貼付  
(縦 4cm×横 3cm)

※写真裏面に  
氏名と生年月日を  
記入のこと

この用紙は受領後、返送しますので、出願時には  
切り取らないようにお願いします。

入学検定料払込通知

(注) ※印欄には記入しないこと

郵便振込受領証のコピーを貼付

貼付欄

注意

1. 「払込人住所氏名」を記入した  
①「払込票兼受領証」  
②「ご利用明細票」(ATM)  
いずれかのコピーを貼付して  
ください。(氏名は必ず出願者  
本人とする)
2. 受付局日附印のないものは無効  
です。
3. 「払込票兼受領証」「ご利用明細票」  
(ATM) いずれかのコピーを  
貼付していない出願書類は、  
受け付ません。