

(記入例)

様式 A

受験番号 (※ )

## 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 2024 年〇月〇日

ふりがな たちばな かおり

自署で記入してください。

氏名  
(自署)

橘 香里



西暦 〇〇〇〇年 〇月〇日生

(〒〇〇〇—〇〇〇〇)

ふりがな 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

現住所 都道府県から記入 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

自宅電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇—〇〇〇〇

携帯電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

(注) ※印欄には記入しないこと

様式 B

(記入例)

受験番号 (※ )

履 歴 書

記入日 西暦 2024 年 〇月 〇日

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

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

フリガナ	フリガナを記入	
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 都道府県から記入	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ E-mail アドレスは、必ず2つ別のアドレスを記入すること (同一のものは不可です)。</li> <li>◆ 出願に関する本センターからの連絡は、原則①E-mail (PC) 宛に送信します。</li> <li>◆ E-mail アドレスは正確・明瞭に記入してください。(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などがわかるように)</li> </ul>
①E-mail (PC)	ファイル添付が可能なメールアドレスを記入 (キャリアメール不可)	
②E-mail (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	

フリガナ	フリガナを記入	
現在の所属機関名	正式名称を記入 (法人名等も記載)	所属部署 「消化器外科病棟」など、業務内容がわかるように記入してください。
設置主体	国立、独立行政法人、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記入してください。	病床数  〇〇〇床
所属機関住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 都道府県から記入	電話番号  看護師免許証をよく確認し、免許取得日および番号の記入間違いに注意してください。
免許取得年月日	看護師 西暦 〇〇〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇〇〇〇〇〇号)	

学 歴 (高校卒業時から記入)	
西暦 2003 年 3 月	京都橋高等学校 卒業
西暦 2003 年 4 月	京都橋大学 看護学部看護学科 入学
西暦 2007 年 3 月	京都橋大学 看護学部看護学科 卒業
西暦 年 月	以上
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、所属部署、職位を含む）	
西暦 2007年 4月～2009年 3月	橋病院 内科病棟 看護師（スタッフナース）
西暦 2009年 4月～2016年 3月	橋病院 消化器外科病棟 看護師（スタッフナース）
西暦 2016年 4月～2018年 3月	橋病院 消化器外科病棟 看護師（主任）
西暦 2018年 4月～2022年 3月	橋病院 整形外科病棟 看護師（主任）
西暦 2022年 4月～2024年 8月現在	橋訪問看護ステーション（主任）
以上	
<p>◆様式D勤務証明書、様式C実務研修報告書の「1. 実務研修期間および内容について」に記載の内容と相違が無いかわず確認してください。</p> <p>【確認項目】</p> <p><input type="checkbox"/> 所属期間（年数・月数） ※准看護師歴、産休・育休、その他の休職期間は除いてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 所属機関名 ※非常勤勤務の期間がある場合、勤務時間150時間（7.5時間×20日）</p> <p><input type="checkbox"/> 所属部署 を一ヶ月として月数を算出するため、所属期間（月数）が若干異なる</p> <p><input type="checkbox"/> 職位 ことがあります。</p>	
看護の実務研修年数（通算） 17年 5か月	

特定行為研修修了の有無（有の場合、修了年月と修了した特定行為区分を記載）	
西暦 2021年 3月	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。

学会および研究会発表等の業績

学会及び研究会発表等の業績を記入（参加のみは除く）

志望理由

志望理由を記入

# 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)

様式 B 履歴書の職歴、様式 D 勤務証明書に記載の内容と相違が無いが必ず確認してください。

### 1) 認定看護(皮膚・排泄ケア分野)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	部署の特徴等
2009	4	～	2016	3	84	橘病院	消化器外科病棟	スタッフナース	ストーマ造設患者約 15 例/年
2016	4	～	2018	3	24	橘病院	消化器外科病棟	主任	ストーマ造設患者約 20 例/年
2018	4	～	2022	3	48	橘病院	整形外科病棟	主任	2 年間褥瘡リンクナース
2022	4	～	2024	8	29	橘訪問看護ステーション	-	主任	オストメイトが年間 3 名程度、褥瘡保有者が年間 1 名程度利用している
① 合計					185				

月途中の異動など、一ヶ月に満たない日数の処理は、任意です。ただし、合計月数に矛盾がないようにすること。

「例：東 2 病棟」など、病棟名ではなく、診療科がわかるように記載してください。

皮膚・排泄ケア分野の看護実践ができる部署であることがわかるように詳しく記載してください。

### 2) 認定看護(皮膚・排泄ケア分野)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
2007	4	～	2009	3	24	橘病院	スタッフナース
		～					
		～					
		～					
② 合計					24		

非常勤勤務の場合は、「勤務時間 150 時間 (7.5 時間×20 日)」を 1 ヶ月として換算し、勤務月数を割り出してください。

様式 B 履歴書の職歴 看護の実務研修年数(通算)と一致させてください。  
※非常勤勤務の期間がある方は若干異なる場合があります。

### 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)
185	24	209

## 2 認定看護(皮膚・排泄ケア分野)に関する看護実務研修施設の概要

(\*最低 3 年間の皮膚・排泄ケア分野における実務研修を受けた施設の実績について記載する。1 施設で 3 年に満たない場合、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) 皮膚・排泄ケア分野に関する年間症例数(入院・外来を含む延べ人数)	創傷( 100 )/年、ストーマ( 90 )/年、排泄管理( 40 )/年
3) 皮膚・排泄ケア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、排尿自立指導料、人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
4) 皮膚・排泄ケア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	部門(病棟)名:(消化器外科病棟、整形外科病棟) ストーマ外来、失禁外来等
5) 皮膚・排泄ケア分野認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称 *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( 2 )名 *

施設名を記載し、その施設の概要について、2)～5) に記入します。

\*例：消化器外科病棟 師長、特定行為研修(創傷管理関連)修了者等

## 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(皮膚・排泄ケア分野)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	18	例
	排泄管理	通算	15	例

(注) ※印欄には記入しないこと

(記入例)

様式 D

受験番号 (※ )

## 勤務証明書

記入日を記載してください。

記入日 西暦 2024 年 8 月 31 日

申請者氏名 : 橘 香里

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。

どちらかに必ず○をしてください。

在職期間	所属部署 (診療科が分かるように記入してください)	勤務形態 (どちらかに○)
(例) 西暦 2007 年〇月〇日～2010 年〇月〇日	( ) 外来・病棟・その他 ( ICU )	常勤・非常勤
(例) 西暦 2010 年〇月〇日～2017 年〇月〇日	( 消化器・泌尿器外科 ) 外来・病棟・その他 ( )	常勤・非常勤
西暦 2022 年 4 月 1 日～2024 年 8 月 31 日	( ) 外来・病棟・その他 ( 訪問看護 )	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

記入日までの在職期間、もしくは過去に勤務していた職場の場合は退職日までの在職期間を記入してください。

担当の診療科が複数存在する場合は、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。

通算 2 年 5 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 : 橘訪問看護ステーション

職 位 : 施設長

氏 名 : 京都 太郎 (印)

機関 (施設) 所在地 : 〒607-8175

京都市山科区大宅山田町 34

電 話 番 号 : 075-574-4133

F A X : 075-574-4133

人事課 (病院長名) あるいは看護部長の職位の方がご証明

(注) ※印欄には記入しないこと

准看護師歴、産休・育休期間、その他の休職期間は除いてご記入ください。

非常勤勤務の場合、勤務月数の計算に実質勤務時間が必要となります。「勤務時間 150 時間 (7.5 時間 × 20 日)」を 1 ヶ月として換算するため、1 ヶ月の勤務時間が分かるようにご記入ください (週 20 時間、1 日 6 時間 × 月 10 日など)。

現在の職場で通算 5 年以上の実務研修期間、皮膚・排泄ケア分野における 3 年以上の実務研修期間を満たす場合は、その職場分のみご提出ください。

記入例の場合、条件を満たさないため、その前の職場の証明も必要です。※2 枚目参照

(記入例)

様式 D

受験番号 (※ )

## 勤務証明書

記入日 西暦 2024 年 8 月 31 日

申請者氏名 : 橘 香里

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 (診療科が分かるように記入してください)	勤務形態 (どちらかに○)
(例) 西暦 2007 年〇月〇日～2010 年〇月〇日	( ) 外来・病棟・その他 ( ICU )	常勤・非常勤
(例) 西暦 2010 年〇月〇日～2017 年〇月〇日	( 消化器・泌尿器外科 ) 外来・病棟・その他 ( )	常勤・非常勤
西暦 2007 年 4 月 1 日～2009 年 3 月 31 日	( 内 科 ) 外来・病棟・その他 ( )	常勤・非常勤
西暦 2009 年 4 月 1 日～2018 年 3 月 31 日	( 消化器外科 ) 外来・病棟・その他 ( )	常勤・非常勤
西暦 2018 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日	( 整形外科 ) 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 15 年 0 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 : 橘病院

職 位 : 看護部長

氏 名 : 京都 花子 印

機 関 ( 施 設 ) 所 在 地 : 〒607-8175

京都市山科区大宅山田町 34

電 話 番 号 : 075-574-4133

F A X : 075-574-4133

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、その他の休職期間は除いてご記入ください。

(記入例)

氏名 橘 香里

事例経験書

\*【IV】・【V】は、創傷・ストーマ・排泄管理のいずれかに☑をつけてください。

事例	患者プロフィール	看護の展開	問題点と対応の評価
【I】 <input checked="" type="checkbox"/> 創傷	看護した期間： 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 年齢、性別、病名、術式(手術日)、既往歴、治療歴、ADL など、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。	問題となる患者の状態(身体的、精神的、社会的な状況)、問題点、実施した看護を要約して記入してください。	看護を実施した結果と、その評価を要約して記入ください。
【II】 <input checked="" type="checkbox"/> ストーマ	看護した期間： 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日	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(最小9ptまで)で変更して構いません。	
【III】 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄管理	看護した期間： 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日		
【IV】 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 排泄管理	看護した期間： 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 必ず「創傷」「ストーマ」「排泄管理」のいずれかに☑をつけてください。		
【V】 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 排泄管理	看護した期間： 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日		

(注) ※印欄には記入しないこと

様式 F から選択した事例番号を必ず記入してください。

(記入例)

受験番号 (※ )

氏名 橘 香里

## 事例の要約

### 事例【 II 】

※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、創傷または排泄管理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  
 枠の大きさは変更せず、この用紙の枠内で要約してください。

フォントの大きさと行間は、文字を識別できる範囲（最小 9pt まで）で変更して構いません。

様式 F で記入した事例の中からできるだけ新しい事例を選び、実施した看護の展開の詳細について記述してください。

#### 【看護問題】

継続問題には # 印をつける

#### 【看護実践の経過】

#### 【評価】