

## 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) 2026年8月31日

フリガナ タチバナ カオリ

氏名 (自署)

印刷後、自署にてご記入ください。

生年月日 (西暦) 1984年4月5日

〒 607-8134

フリガナ きょうとしやましくおおやけやまだちょう

現住所 京都市山科区大宅山田町34

自宅電話番号 075 — 574 — 4133

携帯電話番号 090 — 1234 — 5678

様式B

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

印刷後に、  
押印してください。

記入日 2026年8月3日

フリガナ	タチバナ カオリ	性別 <small>※プルダウンで選択</small>	印
氏名	橘 香里	女性	
生年月日 (西暦)	1984年4月5日	(満 42 歳)	

※様式Aで入力した  
内容が一部反映され  
ます。ご確認ください。

姓と名の間は全角です。

性別を選択してください。

入力不要  
※自動計算です。

フリガナ	きょうとしやましくおおやけやまだちょう	電話番号	075-574-4133
現住所	〒 607-8134	携帯電話	090-1234-5678
	京都市山科区大宅山田町34		
①E-mail (PC)	cpdn@tachibana-u.ac.jp		
②E-mail (携帯・スマートフォン)	kyototachibana@gmail~, yahoo~など		

- ◆ 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)。
- ◆ 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。
- ◆ 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)

フリガナ	タチバナハウモンカンゴステーション	所属部署	訪問看護
現在の所属機関名	橘訪問看護ステーション	病床数	0 床
設置主体	学校法人 京都橘学園	電話番号	075-574-4325
所属機関所在地	〒 607-8175 京都府京都市山科区大宅山田34	FAX	075-574-4325
免許取得年月日	保健師 (西暦) (第 ) 助産師 (西暦) (第 ) 看護師 (西暦) 2007年3月31日 (第 1234567 号)	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。	

学歴 (高校卒業時から記入)					
(西暦)	2003	年	3	月	京都橘高等学校 普通科 卒業
(西暦)	2003	年	4	月	京都橘大学 看護学部看護学科 入学
(西暦)	2007	年	3	月	京都橘大学 看護学部看護学科 卒業
(西暦)		年		月	
(西暦)		年		月	
(西暦)		年		月	
(西暦)		年		月	

准看護師歴、産休・育休、その他  
休職期間は除いてください。

入力不要  
※自動計算です。

在職期間（西暦）						在職年数・月数		所属施設名	所属部署	職位	勤務形態 ※非常勤の 場合のみ選択	※非常勤の 場合のみ記入			
年	月	日	～	年	月	日	年数					月数	時間 /日	日/ 週	在職 月数
2007	4	1	～	2009	3	31	2年0か月	24	京都橋病院	内科病棟	スタッフ ナース				
2009	4	1	～	2014	3	31	5年0か月	60	京都橋病院	消化器外科病棟	スタッフ ナース				
2016	4	1	～	2018	3	31	2年0か月	24	京都橋病院	消化器外科病棟	主任	非常勤	6	4	15
2018	4	1	～	2024	3	31	6年0か月	72	京都橋病院	整形外科病棟	主任				
2024	4	1	～	2026	8	31	2年5か月	29	橋訪問看護ス テーション	訪問看護	主任				
			～				在職中								

在職期間の最後に、在職中であることが  
分かるように「在職中」と示してください。

行が不足する場合は、左の十を  
クリックして行を表示してください。

非常勤勤務の場合は、「勤務時間150時間（7.5時間  
×20日）」を1ヶ月として換算します。  
非常勤勤務の期間は、プルダウンから“非常勤”を  
選択し、一日あたりの勤務時間、一週間あたりの勤  
務日数を入力してください。

◆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が必ず確認してください。

【確認項目】

- 所属期間（年数・月数は自動入力です）
- 所属施設名
- 所属部署
- 職位
- 非常勤勤務の勤務時間 ※非常勤の場合のみ

看護の職歴（通算）	17年5か月	209
-----------	--------	-----

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）

2024	年	3	月	1.	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	年		月	2.	創傷管理関連
2024	年	3	月	3.	その他 <b>在宅領域パッケージ</b>

特定行為研修修了者のみ、修了年月および修了区分を  
入力してください。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

志望理由

様式C

# 実務研修報告書

分野名：皮膚・排泄ケア分野

氏名 橘 香里

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 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（皮膚・排泄ケア分野）における看護実務研修期間

在職期間（西暦）						在職年数・月数		所属施設名	所属部署	職位	勤務形態 ※非常勤の場合のみ記入 ※非常勤の場合のみ選択	※非常勤の場合のみ記入			部署の特徴等	
年	月	日	～	年	月	日	年数					月数	時間/日	日/週		在職月数
2009	4	1	～	2014	3	31	5年0か月	60	京都橘病院	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、排泄ケアチーム3年	
2016	4	1	～	2018	3	31	2年0か月	24	京都橘病院	消化器外科病棟	主任	非常勤	6	4	15	ストーマ造設患者約20例/年
2018	4	1	～	2024	3	31	6年0か月	72	京都橘病院	整形外科病棟	主任				2年間褥瘡リンクナース	
2024	4	1	～	2026	8	31	2年5か月	29	橘訪問看護ステーション	訪問看護	主任				オストメイトが年間3名程度、褥瘡保有者が年間5名程度利用している	
						① 14年8か月 176		入力不要 ※自動計算です。								

「例：東2病棟」など、独自の病棟名ではなく、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。特にストーマ関連の患者の有無、創傷、排泄管理に関わったことがわかる内容を記載してください。  
※詳細がわからない場合は、受験要件を満たすことができません。

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

在職期間（西暦）						在職年数・月数		所属施設名	所属部署	職位	勤務形態 ※非常勤の場合のみ選択
年	月	日	～	年	月	日	年数				
2007	4	1	～	2009	3	31	2年0か月	24	京都橘病院	内科病棟	スタッフナース
						② 2年0か月 24		入力不要 ※自動計算です。			

行が不足する場合は、左の十をクリックして行を表示してください。

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)
176	24	200

様式B：履歴書の職歴 看護の職歴と一致することを確認してください。  
※非常勤勤務期間がある場合は、若干月数が異なる場合があります。

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、2枚目以降の用紙を使用し、1)施設ごとに実績を記載する）

【1施設目】

1) 施設名	京都橘病院			施設名を記入し、その施設の概要を2)～5)に記入します。
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	例/年	該当するものがない場合は、入院基本料、施設基準を記入してください。
	ストーマ	90	例/年	
	排泄管理	40	例/年	
3) 皮膚・排泄ケア分野に関する施設基準の届出の種類 *ない場合は、入院基本料の届出の種類を記載する	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 等			
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（部署・外来・病棟等）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
	*皮膚・排泄ケア認定看護師0名の場合、実務研修において主に指導を受けた者の役職		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（皮膚・排泄ケア分野）における看護実務研修期間において、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

※【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績があること
- 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
- 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

(注) ※印欄には記入しないこと

以下、該当者のみ記入し、提出してください。該当しない場合は印刷・提出不要です。  
 (認定看護〈皮膚・排泄ケア分野〉に関する看護実務研修期間について、1施設で3年に満たない場合)

氏名 橘 香里

## 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う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、2枚目以降の用紙を使用し、1)施設ごとに実績を記載する)

### 【2施設目】

1) 施設名	橘訪問看護ステーション		
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	5	例/年
	ストーマ	3	例/年
	排泄管理	10	例/年
3) 皮膚・排泄ケア分野に関する施設基準の届出の種類 *ない場合は、入院基本料の届出の種類を記載する	訪問看護のため、該当なし		
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(部署・外来・病棟等)名	訪問看護	
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	0	名
	*皮膚・排泄ケア認定看護師0名の場合、実務研修において主に指導を受けた者の役職 訪問看護ステーション管理者(特定行為研修創傷管理関連修了)、グループ病院の皮膚・排泄ケア認定看護師		

## 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う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、2枚目以降の用紙を使用し、1)施設ごとに実績を記載する)

### 【3施設目】

1) 施設名			
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		例/年
	ストーマ		例/年
	排泄管理		例/年
3) 皮膚・排泄ケア分野に関する施設基準の届出の種類 *ない場合は、入院基本料の届出の種類を記載する			
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(部署・外来・病棟等)名		
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		名
	*皮膚・排泄ケア認定看護師0名の場合、実務研修において主に指導を受けた者の役職		

(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 2026 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 2024 年 4 月 1 日～2026 年 8 月 31 日	( ) 外来・病棟 <b>その他 (訪問看護)</b> ( )	<b>常勤</b> 非常勤
西暦 年 月 日～ 年 月 日	( )	常勤・非常勤
西暦 年 月 日～ 年 月 日	( )	常勤・非常勤
西暦 年 月 日～ 年 月 日	( )	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。

診療科がわかるように必ず記載してください。  
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

FAX : 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 2026 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○月○日～2010 年○月○日	( ) 外来・病棟・その他 ( ICU )	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤・非常勤
(例) 西暦 2010 年○月○日～2017 年○月○日	( 消化器・泌尿器外科 ) 外来・病棟・その他 ( )	常勤・ <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤
西暦 2007 年 4 月 1 日～2009 年 3 月 31 日	( 内科 ) 外来・ <input checked="" type="checkbox"/> 病棟・その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 非常勤
西暦 2009 年 4 月 1 日～2014 年 3 月 31 日	( 消化器外科 ) 外来・ <input checked="" type="checkbox"/> 病棟・その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 非常勤
西暦 2016 年 4 月 1 日～2018 年 3 月 31 日	( 消化器外科 ) 外来・ <input checked="" type="checkbox"/> 病棟・その他 ( )	常勤・ <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤
西暦 2018 年 4 月 1 日～2024 年 3 月 31 日	( 整形外科 ) 外来・ <input checked="" type="checkbox"/> 病棟・その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 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 6 時間、週 4 日である

機関 (施設) 名 : 橘病院

職 位 : 看護部長

氏 名 : 京都 花子

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。

氏名

橋 香里

事例経験書

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) 2026 年 4 月 8 日 至(西暦) 2026 年 6 月 30 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。
*【Ⅳ】・【Ⅴ】は、創傷・ストーマ・排泄管理のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。  <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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e0e0ff;"> <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(最小9ptまで)で変更して構いません。</p> <p>・同一患者の事例は不可です。                              I～Vまですべて異なる事例を選んでください。</p> </div>	
<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		
<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  「創傷」「ストーマ」「排泄管理」のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。		
<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

氏名

橋 香里

はじめに、  
様式Fの事例番号を選択してください。

## 事例の要約

事例【 I 】

→様式Fの事例経験の中から、できるだけ新しい事例を選び、その番号を選択してください。

事例は、創傷・ストーマ・排泄管理領域の看護ケア事例のいずれも可です。

※様式Fで入力した  
期間が反映されます。  
ご確認ください。

看護した期間：自(西暦) 2026年 4月 8日～ 至(西暦) 2026年 6月 30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

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。

個人が特定できるような情報は記載しないでください。

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。

【看護問題】 継続問題には#印をつける	【看護実践の経過】	【評価】

(注) ※印欄には記入しないこと

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  
2027年度入学選抜試験 2026年11月28日実施

写真票

受験番号※

フリガナ	タチバナ カオリ
氏名	橘 香里

※様式Aで入力した  
内容が反映されます。  
ご確認ください。

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  
2027年度入学選抜試験 2026年11月28日実施

受験票

受験番号※

フリガナ	タチバナ カオリ
氏名	橘 香里

※様式Aで入力した  
内容が反映されます。  
ご確認ください。

<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。

(注) ※印欄には記入しないこと

入学検定料払込通知

貼付欄

<注意>

1. 「払込人住所氏名」を記入した

- ① 「振替払込請求書兼受領証」
- 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. 振替払込請求書兼受領証について、  
受付局日附印のないものは無効です。

3. 「振替払込請求書兼受領証」、  
「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、  
受け付けません。