

杏林大学医学部附属病院
集中ケア認定看護師教育課程

平成30年度入学選抜試験出願書類一式

- (1) 入学願書 (様式 1)
- (2) 個人調書 (履歴書) (様式 2)
- (3) 勤務証明書 (様式 3)
- (4) 推薦書 (様式 4)
- (5) 集中ケア事例要約 (様式 5)
- (6) 指導事例 (様式 6)
- (7) 写真票 (様式 7)
- (8) 受験票 (様式 8)
- (9) 受験料振込証明
- (10) 看護師免許証の写し

「出願書類 (所定様式) の記入にあたって」をご参照ください。
記載等に不備がある場合は受験できませんのでご注意ください。

< 個人情報の利用目的について >

杏林大学医学部附属病院は、提供いただいた個人情報を適切に管理し、本教育課程における入学選抜試験 (出願処理、選考実施)、合格発表ならびに入学手続きなど、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。

出願書類（所定様式）の記入にあたって

- ◆ 下記の記入方法と注意事項をよく読み、過不足なく記入すること。
- ◆ 枠内のスペースに収まるように記入すること。ただし、枠のサイズ変更は不可（看護要約を除く）とする。
- ◆ 自署以外は、パソコンで入力してもよい。
- ◆ 年号はすべて西暦表記とすること。

出 願 書 類	様式	記入方法と注意事項
入 学 願 書	1	氏名の記載は自署とする。ふりがなも忘れずに記載のこと。
個 人 調 書 (履 歴 書)	2	<ul style="list-style-type: none"> • 訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。 • 所属機関は、正式名称を記載する。 • 設置主体は、下記から選択し番号を記入する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> ①国(厚生労働省) ②国(その他) ③独立行政法人国立病院機構 ④国公立大学法人 ⑤独立行政法人労働者健康福祉機構 ⑥都道府県・市町村(地方自治体) ⑦日本赤十字社 ⑧済生会 ⑨厚生連 ⑩国民健康保険団体連合会 ⑪社会保険関係団体 ⑫公益法人 ⑬医療法人 ⑭学校法人 ⑮12~14以外の法人 ⑯会社 ⑰個人 ⑱その他(明記) </div> <ul style="list-style-type: none"> • 学歴は、高校卒業からとし、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入する。進学課程を卒業している場合は、准看護師学校も明記する。 • 職歴(職位も明記)は、看護師免許取得後から2018年3月末日現在までを記載する。ただし、連続で6か月以上の研修、進学、産休・育休及び病気療養等での休職、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は含めない。 • 専門分野の実務経験は、集中ケア分野に関連する職歴を、配属された部署名と職位を記入する。また、職歴と同じであっても必ず明記する。 • 看護および専門分野での実務経験期間は、通算勤務月数で計算する。ただし、勤務形態が非常勤の場合は、150時間の勤務時間を実務経験1か月分として換算し、勤務月数を割り出す。 • 専門分野における施設概要は、現在勤務している施設概要を記載する。
勤 務 証 明 書	3	<ul style="list-style-type: none"> • 病院長が発行したもの。 • 現在の職場で、看護実績を通算5年以上満たし、また専門分野の看護実績を通算3年以上満たす場合は、その職場の証明だけでよい。満たさない場合は、その前の職場の証明も必要。(2018年3月末日現在での実績を明記)
推 薦 書	4	<ul style="list-style-type: none"> • 看護部長が記入したもの。推薦者氏名は自署とする。 • 研修修了後の進路や所属先から期待される役割などを具体的に記入すること。
集中ケア事例 看護要約	5	<ul style="list-style-type: none"> • 担当した疾病、外傷、手術などにより高度に侵襲を受けた患者を3事例選択し、その患者状況(患者プロフィール・疾患・症状・治療・経過)や看護上の問題点を中心とした看護展開の実際を明記する(看護問題を導き出したアセスメントや間問題を明確化して記載)。(1事例A4で1ページ程度が目安)*採点対象です。
指 導 事 例	6	<ul style="list-style-type: none"> • 臨床実践における指導場面を1つ記載する。どのようなことを問題・課題と捉え、その指導を行ったのか簡潔にまとめる。*採点対象です。
写 真 票	7	<ul style="list-style-type: none"> • A4用紙に印刷し、用紙はカットせず(A4判のまま)提出すること。
受 験 票	8	<ul style="list-style-type: none"> • 郵便ハガキのおもて面(宛先側)に印刷(様式8おもて面)し、必要事項を記入する(うら面は白紙のまま)。
受験料振込証明		<ul style="list-style-type: none"> • 受験料振込の証明となるもののコピーを提出する。例)ご利用明細書(票)
看護師免許証の写し		<ul style="list-style-type: none"> • A4判に縮小コピーする。

(2018 : 様式1) 受験番号 :

入 学 願 書

杏林大学医学部附属病院
病 院 長 殿

私は、杏林大学医学部附属病院 集中ケア認定看護師教育課程へ入学いたしたく、
ここに関係書類を添えて申請します。

年 月 日

フリガナ

氏 名 (自署) 印

年 月 日 生

現住所 〒

TEL

個人調書(履歴書)(記入見本)

2018年3月31日現在

写真貼付
(4.5cm×4.5cm)

写真裏面に記名
カラー・白黒いずれも可

フリガナ	キョウリン ハナコ	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
氏名	杏林 花子	印
生年月日	1982年 11月 11日生 (満35歳)	

フリガナ	トウキョウト ムサシノ キジョウジ ^テ ハイツアンス ^テ	TEL (0422) 4× - 1234
現住所	〒180-×××× 東京都武蔵野市吉祥寺1-2-3 ハイツ杏101	FAX (0422) 4× - 1234
フリガナ	アンス ^ダ イカ ^ク イカ ^ク ブ ^フ ク ^ヒ ョウイン	【病床数】 1,234 床
所属機関名	あんず大学医学部付属病院	
設置主体	(⑭) * 「出願書類(所定様式)の記入にあたって」の中から該当番号を記入	
所属機関住所	〒181-8611 東京都三鷹市新川○-△-□	TEL (0422) ×7 - ×511 所属病棟もしくは内線番号 (集中治療室 / ×702) FAX (0123) 45 - 6789
免許取得年月日	(保健師) 年 月 日 (助産師) 年 月 日 (看護師) 2000年 5月 1日	号 号 123456789号
学 歴 (高校卒業時から記入)		
2000年 3月	東京都立あんず高等学校 卒業	
2000年 4月	あんず大学看護学部看護学科 入学	
2004年 3月	あんず大学看護学部看護学科 卒業	
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

職 歴（看護師免許取得以降、所属機関名・所属部署名・職位を明記）	
2004年 4月 ～ 2006年 3月 (24か月間)	所属施設名：医療法人杏会あんず病院 所属部署名：循環器病棟 職位：スタッフナース
2006年 4月 ～ 2009年 3月 (36か月間)	所属施設名：医療法人杏会あんず病院 所属部署名：救命救急センター 職位：スタッフナース
2009年 4月 ～ 2014年 12月 (69か月間)	所属施設名：あんず大学医学部付属病院 所属部署名：集中治療室 職位：スタッフナース
2015年 1月 ～ 2018年 3月 (39か月間)	所属施設名：あんず大学医学部付属病院 所属部署名：集中治療室 職位：主任
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
看護の実務経験期間(通算)	168か月間（14年 0か月） *2018年3月末日現在
上記中における専門分野の実務経験（所属機関名・所属部署名・職位を明記）	
2006年 4月 ～ 2009年 3月 (36か月間)	所属施設名：医療法人杏会あんず病院 所属部署名：救命救急センター 職位：スタッフナース
2009年 4月 ～ 2014年 12月 (69か月間)	所属施設名：あんず大学医学部付属病院 所属部署名：集中治療室 職位：スタッフナース
2015年 1月 ～ 2018年 3月 (39か月間)	所属施設名：あんず大学医学部付属病院 所属部署名：集中治療室 職位：主任
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
専門分野での実務経験期間(通算)	144か月間（12年 0か月） *2018年3月末日現在
<p>学会および研究発表等の実績</p> <p>◇主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）</p> <p>例）2016年8月 日本クリティカルケア看護学会主催○○セミナー受講</p> <p>◇看護研究業績（学会および研究会等への発表・学術誌投稿業績など）</p> <p>例）研究発表の場合 筆頭演者名（他○名），演題，発表学術集会名，発表年月．の順に記載</p> <p>例）論文投稿や雑誌等への執筆の場合 筆頭著者名（他○名），タイトル，雑誌名．巻（号），ページ，発行年．の順に記載</p>	

志望理由

専門分野における施設概要 *現在勤務している施設について記載する。

施設名： あんず大学医学部附属病院

集中ケア分野に関する患者の年間症例数	・集中ケアを必要とする患者 : 750 例/年 (集中ケアを受ける患者の年間の概算数を記入)
集中ケア領域における治療部門の有無	・ICU : <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・CCU : <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・その他 : _____
集中ケア領域における診療報酬の有無	・特定機能病院 : <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・重症者等療養環境特別加算料 : <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・特定集中治療室管理料 : (1) <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ハイケアユニット入院医療管理料 : <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・救命救急入院料 : <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・救急医療管理加算 : <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・呼吸ケアチーム加算 : <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
集中ケア分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数	・集中ケア認定看護師 : <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6 名) ・ <input type="checkbox"/> 無 ・急性・重症患者看護CNS : <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2 名) ・ <input type="checkbox"/> 無

職歴（看護師免許取得以降、所属機関名・所属部署名・職位を明記）	
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
看護の実務経験期間(通算)	か月間 (年 か月) *2018年3月末日現在
上記中における専門分野の実務経験（所属機関名・所属部署名・職位を明記）	
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月 ～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
専門分野での実務経験期間(通算)	か月間 (年 か月) *2018年3月末日現在
学会および研究発表等の実績	

志望理由

専門分野における施設概要 *現在勤務している施設について記載する。

施設名 : _____

集中ケア分野に関する患者の年間症例数	・集中ケアを必要とする患者 : _____ 例/年 (集中ケアを受ける患者の年間の概算数を記入)
集中ケア領域における治療部門の有無	・ICU : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・CCU : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・その他 : _____
集中ケア領域における診療報酬の有無	・特定機能病院 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・重症者等療養環境特別加算料 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・特定集中治療室管理料 : () <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ハイケアユニット入院医療管理料 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・救命救急入院料 : () <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・救急医療管理加算 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・呼吸ケアチーム加算 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
集中ケア分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数	・集中ケア認定看護師 : <input type="checkbox"/> 有 (名) ・ <input type="checkbox"/> 無 ・急性・重症患者看護CNS : <input type="checkbox"/> 有 (名) ・ <input type="checkbox"/> 無

勤務証明書

記入日 西暦 年 月 日

申請者氏名 : _____

- 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		休業・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		休業・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 :

職位名および氏名 :

印

機関（施設）所在地 :

TEL :

* 人事課（病院長名）の方がご記入下さい。

氏名 : _____

集中ケア事例要約

事例①

事例②

事例③

氏名 : _____

指導事例

(2018 : 様式7)

2018年度

集中ケア認定看護師教育課程入学試験

写 真 票

受験番号※

フリガナ		男・女
氏 名		

写 真 貼 付
(4.5cm×4.5cm)

写真裏面に記名
カラー・白黒いずれも可