

平成 31 年度 緩和ケア認定看護師教育課程入学試験

出 願 書 類 一 式

- (1) 受 験 願 書 (様式 1)
- (2) 履 歴 書 (様式 2)
- (3) 勤務証明書 (様式 3)
- (4) 実務研修報告書 (様式 4-1、様式 4-2)
- (5) 推 薦 書 (様式 5)
- (6) 志望理由書 (様式 6)
- (7) 事例要約書 (様式 7)
- (8) 写真票及び受験票
- (9) 入学選抜試験検定料振込の受領証の写し  
(指定口座への入金の確認ができるもの)
- (10) 看護師免許証の写し 1部 \*A4判縮小コピー
- (11) 受験票返信用封筒  
(長形 3 号封筒:23.5×12cm を各自用意し、受験者の氏名・住所を記入し、簡易書留料金分の切手を貼付する)

提出書類記入にあたり、「記入見本」をご参照ください。

書類に不備がある場合、受理できないこともあるのでご注意ください。

# 出願書類の作成方法

以下の記入方法をよく読んで、提出書類がすべて揃っているか、ご確認のうえ提出してください。

- ・全実務研修期間の合計に誤りが多く見られます。提出前にもう一度ご確認ください。
- ・訂正する場合は、二重線を引き訂正印を押してください。
- ・年号はすべて西暦で記入してください。
- ・全ての様式の、※受験番号 の欄には記入しないでください。

| 書類   | チェック内容  |
|--|---|
| 受験願書<br>(様式1)                                | 氏名は <u>手書きの自署</u> としてください。<br>(※看護師免許証の氏名の漢字と同一であること)   |
| 履歴書<br>(様式2)                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・所属施設名は正式名称を記入してください。なお、現在離職中の場合は「離職中」と明記してください。</li> <li>・学歴は高等学校卒業から記入してください。</li> <li>・これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格及び所属学会は、「緩和ケア」に関するものを記入してください。いずれもない場合は、「なし」と記入してください。</li> </ul>   |
| 勤務証明書<br>(様式3)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師免許取得後、通算5年以上勤務したことがわかるようにしてください。<br/>(准看護師期間は含めないでください)</li> <li>・現在の職場で通算5年以上の実務実績を満たす場合は、その職場だけでよい。<br/>満たさない場合は、現在の施設から順にさかのぼって勤務証明書をとってください。<br/>※複数の施設から証明書が必要な場合、様式3をコピーして使用してください。</li> <li>・各施設で必要事項を記入し、施設代表者の印を捺印のうえ提出してください。</li> </ul>   |
| 実務研修報告書<br>(様式4-1)<br><br>1. 実務研修施設<br>および内容 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの看護実践経験を<b>実務研修</b>として記入してください。</li> <li>・「<b>看護師免許取得後、通算5年以上勤務したこと、及び認定分野で通算3年以上勤務したこと</b>」がわかるようにしてください。</li> <li>・職位や勤務形態が変更になった場合、次の欄に記入してください。</li> <li>・勤務形態が非常勤の場合「<b>実質勤務時間 150 時間</b>」を「<b>1か月</b>」相当として換算し、<b>期間(月数)</b>を記入してください。</li> <li>・休職期間(産休・育休等)は「期間」から除いてください。</li> <li>※記入欄が足りない場合は、様式をコピーして記入してください。</li> </ul> |
| 実務研修報告書<br>(様式4-2)<br><br>2. 実務研修施設<br>概要    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・各実務研修施設において、認定看護分野「緩和ケア」に関する施設の実績について記入してください。</li> <li>・実務研修施設の概要については、病院実績をまとめている部署(総務課や医事課など)または看護管理者に、確認して記入してください。</li> </ul>  |
| 推薦書<br>(様式5)                                 | 現在勤務している施設から推薦を受けて応募する場合は、施設名を記入し看護管理責任者氏名の署名捺印のうえ、提出してください。  |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <p>志望理由書<br/>(様式6)</p>               | <p>志望理由や緩和ケア認定看護師教育課程で学びたい課題を具体的に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・沖縄看護協会 HP に原本データがありますので、ダウンロードして、WORD を用いてフォントサイズ 10.5 ポイントで記載して下さい。</li> <li>・記載は、それぞれの用紙の中で収め、記入欄を増やしたり、減らしたりしないでください。</li> </ul>  |
| <p>事例要約書<br/>(様式7)–A<br/>(様式7)–B</p> | <p>これまで実践した緩和ケアを受けている患者の看護事例を5事例記載してください。</p> <p>そのうち、一番関わりが深かった事例を(様式7)–A に記載してください。</p> <p>他4事例については、(様式7)–B に記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・沖縄看護協会 HP に原本データがありますので、ダウンロードして、WORD を用いてフォントサイズ 10.5 ポイントで記載して下さい。</li> <li>・記載は、それぞれの用紙の中で収め、記入欄を増やしたり、減らしたりしないでください。</li> </ul> |
| <p>受験票・写真票</p>                       | <p>氏名、ふりがなを記入し、履歴書と同じ写真を貼付し、同封してください。</p> <p><b>※受験票と写真票は、切り離さないでください。</b></p>  |
| <p>看護師免許証の<br/>写し</p>                | <p>A4サイズに縮小コピーして同封してください。</p> <p>裏面がある場合は両面コピーのうえ提出してください。</p>  |
| <p>受験票返信用封<br/>筒</p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>長形3号用封筒(封筒サイズ:23.5×12cm)</b>を用意し、<b>受験者の氏名・住所</b>を記入し、<b>簡易書留料金分の切手</b>を貼付して同封してください。</li> <li>・氏名は「宛」ではなく「様」にしてください。</li> </ul>   |

(様式1)

記入見本

※受験番号

(記入不要)

# 受験願書

公益社団法人 沖縄県看護協会  
会長 殿

私は、公益社団法人沖縄県看護協会における緩和ケア認定看護師教育課程を受験したいので、  
出願書類一式を添えて申請いたします。

西暦 年 月 日

|            |              |
|------------|--------------|
| ふりがな       |              |
| 氏名<br>(自署) | 必ず自署で記入 印    |
| 現住所        | 〒 - 都道府県から記入 |
| 電話番号       |              |
| 生年月日       | 西暦 年 月 日 生   |

(様式1)

※受験番号 \_\_\_\_\_

(記入不要)

# 受 験 願 書

公益社団法人沖縄県看護協会  
会長 殿

私は、公益社団法人沖縄県看護協会における緩和ケア認定看護師教育課程を受験したいので、  
出願書類一式を添えて申請いたします。

西暦 年 月 日

|            |            |
|------------|------------|
| ふりがな       |            |
| 氏名<br>(自署) | 印          |
| 現住所        | 〒 -        |
| 電話番号       |            |
| 生年月日       | 西暦 年 月 日 生 |

(様式2)

※受験番号

(記入不要)

記入見本

# 履 歴 書

2018年12月1日現在

写真  
4 cm × 3 cm  
上半身・正面  
写真裏面に記名

|      |                  |     |
|------|------------------|-----|
| ふりがな |                  | 男・女 |
| 氏 名  |                  | ㊟   |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日生(満 歳) |     |

|                                     |  |                               |
|-------------------------------------|--|-------------------------------|
| ふりがな                                |  | TEL/FAX                       |
| 現住所                                 | 〒 -<br>都道府県から記載してください                                    | TEL ( ) -<br>FAX ( ) -        |
| ふりがな                                |  |                               |
| 所属施設名                               | 正式名称を記載してください  |                               |
| 所属施設住所                              | 〒 -<br>西暦で記載してください                                       | TEL ( ) -<br>所属病棟もしくは内線番号 ( ) |
| 免許取得年月日                             | (看護師) 西暦 年 月 日 号<br>(助産師) 西暦 年 月 日 号<br>(保健師) 西暦 年 月 日 号 |                               |
| 学 歴 (高等学校卒業から記入)                    |  |                               |
| (西暦) 1990年3月                        | 〇〇県立〇〇高等学校卒業   |                               |
| 1990年4月                             | 〇〇法人〇〇看護専門学校入学   |                               |
| 1993年3月                             | 〇〇法人〇〇看護専門学校卒業   |                               |
| 年 月                                 | 職歴は記載しないでください  |                               |
| 年 月                                 |  |                               |
| 年 月                                 |  |                               |
| 年 月                                 |  |                               |
| これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格         | 所属学会   |                               |
| 20XX年6月 ELNEC-J 研修会参加<br>緩和ケア講習会 など | 日本緩和医療学会、日本がん看護学会など<br>緩和ケアに関するものを記載して下さい                |                               |

(様式2)

※受験番号

(記入不要)

# 履 歴 書

2018年12月1日現在

|  |
|--|
| <p>写真<br/>4 cm × 3 cm<br/>上半身・正面<br/>写真裏面に記名</p> |
|--|

|      |                                      |     |
|------|--------------------------------------|-----|
| ふりがな |                                      | 男・女 |
| 氏 名  |                                      | ㊟   |
| 生年月日 | (西暦)      年      月      日生(満      歳) |     |

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| ふりがな                        |   | TEL/FAX  |
| 現住所                         | 〒      -  | TEL<br>(      )      -<br>FAX<br>(      )      -   |
| ふりがな                        |   |  |
| 所属施設名                       |   |  |
| 所属施設住所                      | 〒      -  | TEL<br>(      )      -<br>所属病棟もしくは内線番号<br>(      ) |
| 免許取得年月日                     | (看護師)西暦      年      月      日      号<br>(助産師)西暦      年      月      日      号<br>(保健師)西暦      年      月      日      号 |  |
| 学 歴 (高等学校卒業から記入)            |   |  |
| (西暦)                        | 年      月  |  |
|                             | 年      月  |  |
|                             | 年      月  |  |
|                             | 年      月  |  |
|                             | 年      月  |  |
|                             | 年      月  |  |
|                             | 年      月  |  |
| これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格 |   | 所属学会   |
|                             |   |  |

(様式 3)

※受験番号

記入見本

(記入不要)

# 勤務証明書

記入日(西暦) 2018年12月10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** (していた) 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)<br>2004年4月～ | (西暦)<br>2018年12月迄 | 年 0ヵ月 | 14年 9ヵ月  |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間             |                   | 休職期間  | 通算常勤勤務期間 |
|         | (西暦)<br>年 月～     | (西暦)<br>年 月迄      | 年 ヵ月  | 年 ヵ月     |
| 合計通算年数  |                  |                   |       | 14年 9ヵ月  |

※休職期間には、産休・育休を含みます

○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 : \_\_\_\_\_

施設代表者名 : \_\_\_\_\_ 印

機関(施設)所在地: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

- \* 休職期間がない場合は「0」と記入されているか確認してください
- \* 勤務期間から休職期間を差し引いた期間が通算勤務年数と一致していることを確認してください
- \* 准看護師期間は勤務期間には含みません
- \* 願書提出時、看護実務経験が60ヵ月に満たない場合、平成31年4月1日付けで60ヵ月以上を満たす勤務証明書を速やかに再提出すること。



(様式 3)

※受験番号

(記入不要)

# 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 (していた) 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)<br>年 月～ | (西暦)<br>年 月迄 |      |          |
|         |              |              | 年 カ月 | 年 カ月     |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間         |              | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
|         | (西暦)<br>年 月～ | (西暦)<br>年 月迄 |      |          |
|         |              |              | 年 カ月 | 年 カ月     |
| 合計通算年数  |              |              |      | 年 カ月     |

○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 : \_\_\_\_\_

施設代表者名 : \_\_\_\_\_ 印

機関(施設)所在地: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

記入見本

# 実務研修報告書〔緩和ケア〕

氏名

## 1. 実務研修施設および内容について

正式名称を記載してください

2018年12月1日現在

| 1-1) 全実務研修期間および実務研修施設名(部署・職) |        | ※実務研修とは、実践経験のことをいう |        |       |
|------------------------------|--------|--------------------|--------|-------|
| 年月日(西暦で記入)                   | 注1) 期間 | 所属施設名              | 部署     | 職位    |
| 〇〇〇〇年〇月 ~ 〇〇〇〇年〇月            | 〇〇ヵ月間  | 〇〇県立〇〇〇病院          | 〇〇〇〇病棟 | 看護師   |
| 〇〇〇〇年〇月 ~ 〇〇〇〇年〇月            | 〇〇ヵ月間  | 〇〇法人〇〇会<br>〇〇〇〇病院  | 〇〇〇〇病棟 | 看護師   |
| 〇〇〇〇年〇月 ~ 〇〇〇〇年〇月            | 〇〇ヵ月間  | 〇〇大学附属病院           | 〇〇〇〇病棟 | 主任看護師 |
| 年 月 ~ 年 月                    | ヵ月間    |                    |        |       |
| 年 月 ~ 年 月                    | ヵ月間    |                    |        |       |
| 年 月 ~ 年 月                    | ヵ月間    |                    |        |       |
| 年 月 ~ 年 月                    | ヵ月間    |                    |        |       |
| 全実務研修期間                      | 〇〇ヵ月間  |                    |        |       |

・2018年11月末日での期間を記載して下さい

※勤務形態が非常勤の場合、「実質勤務時間150時間」を「1ヵ月」相当と換算し、期間(月数)を記入してください

| 1-2) 1のうち認定看護分野〔緩和ケア〕での実務研修期間(所属施設名・部署・職位・実務研修内容等) |                        |                       |           |                      |           |
|--|------------------------|-----------------------|-----------|----------------------|-----------|
| 年月日(西暦で記入)   | 注1) 期間                 | 所属施設名/部署              | 職位        | 実務研修内容               | 注2) 担当事例数 |
| 〇〇〇〇年〇月~〇〇〇〇年〇月                                    | 〇〇ヵ月間                  | 〇〇法人〇〇会〇〇<br>病院〇〇〇〇病棟 | 看護師       | 血液腫瘍患者の緩和<br>ケア      | 〇件/月      |
| 〇〇〇〇年〇月~〇〇〇〇年〇月                                    | 〇〇ヵ月間                  | 〇〇大学附属病院<br>消化器内科病棟   | 主任<br>看護師 | 消化器内科の終末期<br>がん患者の看護 | 2件/月      |
| 年 月 ~ 年 月  | ヵ月間                    |                       |           |                      | 件/月       |
| 年 月 ~ 年 月  | ヵ月間                    |                       |           |                      | 件/月       |
| 緩和ケア認定看護分野   | 〇〇ヵ月間                  | 注3) 緩和ケア事例総数【 〇 〇 】例  |           |                      |           |
| 全実務研修期間  | 2018年11月末日での期間を記載して下さい |                       |           |                      |           |

症状マネジメント、家族ケア、臨死期のケアなど具体的な実践例を記載

注1) 産休・育休などの休職期間を除いた期間を記載してください。勤務形態が非常勤の場合、「実質勤務時間150時間」を「1ヵ月」相当として換算し、期間(月数)を記入してください。

注2) 担当事例数とは、緩和ケアが必要な患者を受け持ち看護師として担当した事例です。

部署の期間を通じた月平均数をご記載ください。

注3) 緩和ケア事例総数は月の平均数に期間(月数)をかけた合計数としてください。

注4) 願書提出時、看護実務経験が60ヵ月に満たない場合、平成31年4月1日付けで60ヵ月以上を満たす実務研修報告書を速やかに再提出すること。

(様式 4-1)

※受験番号 \_\_\_\_\_

(記入不要)

## 実務研修報告書 [緩和ケア]

氏名 \_\_\_\_\_

### 1. 実務研修施設および内容について

2019年12月1日現在

1-1) 全実務研修期間および実務研修施設名(部署・職位) ※実務研修とは、実践経験のことをいう

| 年 月 日(西暦で記入) | 注1) 期間 | 所属施設名 | 部署 | 職位 |
|--------------|--------|-------|----|----|
| 年 月～ 年 月     | ヵ月間    |       |    |    |
| 年 月～ 年 月     | ヵ月間    |       |    |    |
| 年 月～ 年 月     | ヵ月間    |       |    |    |
| 年 月～ 年 月     | ヵ月間    |       |    |    |
| 年 月～ 年 月     | ヵ月間    |       |    |    |
| 年 月～ 年 月     | ヵ月間    |       |    |    |
| 年 月～ 年 月     | ヵ月間    |       |    |    |
| 年 月～ 年 月     | ヵ月間    |       |    |    |
| 全実務研修期間      | ヵ月間    |       |    |    |

1-2) 1のうち認定看護分野[緩和ケア]での実務研修期間(所属施設名・部署・職位・実務研修内容等)

| 年 月 日(西暦で記入)          | 注1) 期間 | 所属施設名/部署                      | 職位 | 実務研修内容 | 注2) 担当事例数 |
|-----------------------|--------|-------------------------------|----|--------|-----------|
| 年 月～ 年 月              | ヶ月     |                               |    |        | 件/月       |
| 年 月～ 年 月              | ヶ月     |                               |    |        | 件/月       |
| 年 月～ 年 月              | ヶ月     |                               |    |        | 件/月       |
| 年 月～ 年 月              | ヶ月     |                               |    |        | 件/月       |
| 年 月～ 年 月              | ヶ月     |                               |    |        | 件/月       |
| 緩和ケア認定看護分野<br>全実務研修期間 | ヶ月     | 注3)<br>緩和ケア事例総数【           】例 |    |        |           |

記入見本

# 実務研修報告書 [緩和ケア]

## 2. 認定看護分野「緩和ケア」歴における実務研修施設 概要

※最低3年間の認定看護分野歴における施設の実績について記載して下さい。(現施設は必須)

施設が複数の場合は、施設ごとに実績を記載してください。(様式をコピー)

所属施設で緩和ケアを必要とする症例数を記載してください

施設1: 施設名( ○○大学病院 )

|  |   |
|--|---|
| 2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数<br>(病棟単位、訪問ステーション単位)   | ( 400 例) / 年  |
| 2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」の有無 (右に○で囲む)   | 「がん診療連携拠点病院加算」 有 ・ 無<br>「緩和ケア診療加算」 有 ・ 無<br>「緩和ケア病棟入院料」の有無 有 ・ 無  |
| ※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケア診療加算を取っていない緩和ケアに関わるチーム設置の有無を記載する。  | ※上記いずれも無の場合<br>緩和ケアに関わるチーム設置 有 ・ 無  |
| 2-3) 該当分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称  | 緩和ケア認定看護師 ( 1 ) 名<br>がん看護専門看護師 ( 1 ) 名<br>(がん性疼痛看護)認定看護師 ( 1 ) 名<br>(がん化学療法看護)認定看護師 ( 1 ) 名<br>( )認定看護師 ( ) 名 |
| ※ 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、無い場合には部署の師長か主任等で緩和ケア分野の経験の5年以上ある者から指導を受けたか、あるいは施設外の認定看護師から指導があった場合はそれを記す。 | 【※認定・専門看護師が不在の場合】<br>実務研修指導者: 職位( )<br>緩和ケア分野における経験 ( ) 年以上   |

施設2: 施設名( )

|  |  |
|--|--|
| 2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数  | ( 例 ) / 年  |
| 2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」の有無 (右に○で囲む)   | 「がん診療連携拠点病院加算」 有 ・ 無<br>「緩和ケア診療加算」 有 ・ 無<br>「緩和ケア病棟入院料」 有 ・ 無                            |
| ※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケア診療加算を取っていない緩和ケアに関わるチーム設置の有無を記載する。  | ※上記いずれも無の場合<br>緩和ケアに関わるチーム設置 有 ・ 無   |
| 2-3) 該当分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称  | 緩和ケア認定看護師 ( ) 名<br>がん看護専門看護師 ( ) 名<br>( )認定看護師 ( ) 名<br>( )認定看護師 ( ) 名<br>( )認定看護師 ( ) 名 |
| ※ 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、無い場合には部署の師長か主任等で緩和ケア分野の経験の5年以上ある者から指導を受けたか、あるいは施設外の認定看護師から指導があった場合はそれを記す。 | 【※認定・専門看護師が不在の場合】<br>実務研修指導者: 職位( )<br>緩和ケア分野における経験 ( ) 年以上                              |

## 実務研修報告書 [緩和ケア]

### 2. 認定看護分野「緩和ケア」歴における実務研修施設 概要

施設1: 施設名 ( )

|   |  |
|---|--|
| 2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数<br>(病棟単位、訪問ステーション単位)  | ( ) / 年  |
| 2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」の有無 (右に○で囲む)<br><br>※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケア診療加算を取っていない緩和ケアに関わるチーム設置の有無を記載する。   | 「がん診療連携拠点病院加算」 有・無<br>「緩和ケア診療加算」 有・無<br>「緩和ケア病棟入院料」 有・無<br><br>※上記いずれも無の場合<br>緩和ケアに関わるチーム設置 有・無  |
| 2-3) 該当分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称<br><br>※ 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、無い場合には部署の師長か主任等で緩和ケア分野の経験の5年以上ある者から指導を受けたか、あるいは施設外の認定看護師から指導があった場合はそれを記す。 | 緩和ケア認定看護師 ( )名<br>がん看護専門看護師 ( )名<br>( )認定看護師 ( )名<br>( )認定看護師 ( )名<br>( )認定看護師 ( )名<br><br>【※認定・専門看護師が不在の場合】<br>実務研修指導者: 職位 ( )<br>緩和ケア分野における経験 ( )年以上 |

施設2: 施設名 ( )

|   |  |
|---|--|
| 2-1) 当該分野に関する患者の年間症例数   | ( ) / 年  |
| 2-2) 「がん診療連携拠点病院加算」、「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」の有無 (右に○で囲む)<br><br>※上記いずれも無の場合のみ、緩和ケア診療加算を取っていない緩和ケアに関わるチーム設置の有無を記載する。   | 「がん診療連携拠点病院加算」 有・無<br>「緩和ケア診療加算」 有・無<br>「緩和ケア病棟入院料」 有・無<br><br>※上記いずれも無の場合<br>緩和ケアに関わるチーム設置 有・無  |
| 2-3) 該当分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称<br><br>※ 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、無い場合には部署の師長か主任等で緩和ケア分野の経験の5年以上ある者から指導を受けたか、あるいは施設外の認定看護師から指導があった場合はそれを記す。 | 緩和ケア認定看護師 ( )名<br>がん看護専門看護師 ( )名<br>( )認定看護師 ( )名<br>( )認定看護師 ( )名<br>( )認定看護師 ( )名<br><br>【※認定・専門看護師が不在の場合】<br>実務研修指導者: 職位 ( )<br>緩和ケア分野における経験 ( )年以上 |

(様式5)

# 推薦書

西暦 年 月 日

公益社団法人沖縄県看護協会 会長 殿

施設名

看護管理責任者  
(自署)

印

公益社団法人沖縄県看護協会 緩和ケア認定看護師教育課程の受講者として、次の者を推薦します。

ふりがな  
氏名

生年月日(西暦) 年 月 日生

職位

推薦理由

(様式6)

※受験番号 \_\_\_\_\_

(記入不要)

## 志望理由書 [緩和ケア]

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 印

Large empty box for writing the motivation letter.

(様式7)

※受験番号 \_\_\_\_\_

(記入不要)

## 事例要約書 [緩和ケア] A

氏名 \_\_\_\_\_

緩和ケアを受けている患者やその家族のケアに関わった事例のうち、一番関わりが深かった事例を【事例1】に記載してください。

### 【事例1】

| 受け持った期間                           | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 患者プロフィール:<br>性別、年代、疾患名、<br>家族背景など |                         |
| 現疾患・治療の概要                         |                         |
| アセスメント                            |                         |
| 看護上の問題点                           |                         |
| 看護目標                              |                         |
| 看護の展開                             |                         |
| 評価                                |                         |

\*様式の改変はしないで下さい。(記入欄を増やしたり、減らしたりしない)



(様式7)

※受験番号 \_\_\_\_\_

(記入不要)

## 事例要約書 [緩和ケア]B—①

氏名 \_\_\_\_\_

### 【事例2】

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 受け持った期間                           | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 |
| 患者プロフィール:<br>性別、年代、疾患名、<br>家族背景など |                         |
| 現疾患・治療の概要                         |                         |
| アセスメント及び問題点                       |                         |
| 看護の展開                             |                         |

### 【事例3】

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 受け持った期間                           | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 |
| 患者プロフィール:<br>性別、年代、疾患名、<br>家族背景など |                         |
| 現疾患・治療の概要                         |                         |
| アセスメント及び問題点                       |                         |
| 看護の展開                             |                         |

\*様式の改変はしないで下さい。(記入欄を増やしたり、減らしたりしない)

(様式7)

※受験番号 \_\_\_\_\_

(記入不要)

## 事例要約書 [緩和ケア]B—②

氏名 \_\_\_\_\_

### 【事例4】

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 受け持った期間                           | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 |
| 患者プロフィール:<br>性別、年代、疾患名、<br>家族背景など |                         |
| 現疾患・治療の概要                         |                         |
| アセスメント及び問題点                       |                         |
| 看護の展開                             |                         |

### 【事例5】

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 受け持った期間                           | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 |
| 患者プロフィール:<br>性別、年代、疾患名、<br>家族背景など |                         |
| 現疾患・治療の概要                         |                         |
| アセスメント及び問題点                       |                         |
| 看護の展開                             |                         |

\*様式の改変はしないで下さい。(記入欄を増やしたり、減らしたりしない)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <h1>写真票</h1>            |   |
| 平成31年度<br>緩和ケア認定看護師教育課程 |   |
| ※受験番号                   |   |
| ふりがな                    |   |
| 氏名                      |   |
|                         | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>写真貼付<br/>4 cm×3 cm<br/>上半身・正面<br/>写真裏面に記名</p> </div> |

※ 受験番号は記入しないこと。

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <h1>受験票</h1>            |   |
| 平成31年度<br>緩和ケア認定看護師教育課程 |   |
| ※受験番号                   |   |
| ふりがな                    |   |
| 氏名                      |   |
|                         | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>写真貼付<br/>4 cm×3 cm<br/>上半身・正面<br/>写真裏面に記名</p> </div> |

※ 受験番号は記入しないこと。

入学選抜試験検定料振込通知  
(振替払込請求書兼受領書)

貼付