**公益社団法人 沖縄県看護協会**

**令和3年度　感染管理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７-1）

（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(様式1) | 氏名は手書きの自署としてください。(※看護師免許証の氏名の漢字と同一であること) |
| 履歴書(様式２) | ・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。・学歴は高等学校卒業から記入してください。・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、「感染管理」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。 |
| 勤務証明書(様式３) | **・**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。(准看護師期間は含めないでください)**・**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。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。※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。**・**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。 |
| 実務研修報告書(様式4－1)１．実務研修施設および内容 | ・これまでの看護実践経験を**実務研修**として記入してください。・**「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」がわかるようにしてください。**・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。**・勤務形態が非常勤の場合「実質勤務時間150時間」を「１か月」相当として換算し、期間****(月数)を記入してください。**・休職期間(産休・育休等)は「期間」から除いてください。※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。 |
| 実務研修報告書(様式４－２)２．実務研修施設概要 | ・各実務研修施設において、認定看護分野「感染管理」に関する施設の実績について記入してください。・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。 |
| 推薦書（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。 |
| 志望理由書(様式６) | 志望理由や感染管理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。・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。・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。 |
| 事例要約書(様式７―1)(様式７－2) | ・最新知見や自施設のサーベイランスだーたに基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績事例について記載する。・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。・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。 |
| 受験票・写真票 | 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。**※受験票と写真票は、切り離さないでください。** |
| 看護師免許証の写し | A４サイズに縮小コピーして同封してください。裏面がある場合は両面コピーのうえ提出してください。 |
| 受験票返信用封筒 | **・長形3号用封筒(封筒サイズ：23.5×１２ｃｍ)を用意し、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して同封してください。**・氏名は「宛」ではなく「様」にしてください。 |

(様式１)

　※受験番号

　　　　　　　　記入見本　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(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感染管理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（自署） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印必ず自署で記入 |
| 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感染管理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（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

　　　　　　　　記入見本　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(記入不要)

履 　歴 　書

写真

4㎝×3㎝

上半身・正面

写真裏面に記名

令和2年12月1日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 〒　　 　-　　　　都道府県から記載してください | TEL（　　 　　 ）　 　 　　-　　　FAX（　 　　 　）　 　 　　- |
| ふりがな |  |
| 所属施設名 | 正式名称を記載してくださいい |
| 所属施設住所 | 〒　 　　-　　　西暦で記載してください | TEL（ 　　　　） 　　　　-　　　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（助産師）西暦　　　 　　年　　 　月　 　　日　　　　 　　　　　　　号（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 |
| **感染管理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

写真

4㎝×3㎝

上半身・正面

写真裏面に記名

令和2年12月1日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（　　 　　 ）　 　 　　-　　　FAX（　 　　 　）　 　 　　- |
| ふりがな |  |
| 所属施設名 |  |
| 所属施設住所 | 〒　 　　-　　　 | TEL（ 　　　　） 　　　　-　　　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（助産師）西暦　　　 　　年　　 　月　 　　日　　　　 　　　　　　　号（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)　2020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)2004年4月～ | (西暦)2020年　12月迄 | 　　　年　　　0ヵ月 | 　　16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)　　　　年　月～ | (西暦)　　　　年　　　月迄 | 　　　年　　　　ヵ月 | 　　　　　年　　　ヵ月 |
| 　合計通算年数 |  | 16　年　9ヶ月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※休職期間には、産休・育休を含みます

〇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：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡：

＊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、令和3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)年　 月～ | (西暦)年　　　月迄 | 　　　年　　　　ヵ月 | 　　　　　年　　　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)　　　　年　 月～ | (西暦)　　　　 年　　　月迄 | 　　　年　　　　ヵ月 | 　　　　 年　　　ヵ月 |
| 　合計通算年数 |  | 年　　　ヵ月 |

〇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：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡：

(様式４－１)

※受験番号

　　　　　　　記入見本　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(記入不要)

実務研修報告書　［感染管理］

氏名

１．実務研修施設歴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2020年12月末現在

|  |
| --- |
| (西暦で記入)　　１－１）全実務研修期間および実務研修施設名　　（所属施設名・職位） |
| 2000年　4月～2001年　3月　（12ヵ月間） | 所属施設名：**○○法人○○会○○病院**職位：**スタッフナース** |
| 2001年　4月～2006年　3月　（60ヵ月間） | 所属施設名：**○○法人○○会○○病院**職位：**スタッフナース** |
| 2006年　4月～2012年　8月　（77ヵ月間） | 所属施設名：**○○法人○○会○○病院**職位：**主任**計算の間違いが多くなっているので、必ず確認をすること。 |
| 　　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位： |
| 　　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位：2020年12月末時点での期間を記入すること。計算の間違いが多くなっているので、必ず確認をすること。 |
| 　　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位： |
| 　　　　　　　　**全実務研修期間　〔　149　〕ヵ月間** |
| １－２)うち認定看護分野歴（所属施設名・所属部署名・職位）　**※**例：専任感染管理担当者、リンクナース、ICTﾒﾝﾊﾞｰ、ICCﾒﾝﾊﾞｰ、病棟における感染対策係、感染管理担当主任、感染管理担当師長など |
| 2001年　4月～2006年　3月　（60ヵ月間） | 所属施設名：**○○法人○○会○○病院**所属部署名：**消化器外科病棟、感染対策係**職位：**スタッフナース** |
| 2006年　4月～2012年　8月　（77ヵ月間） | 所属施設名：**○○法人○○会○○病院**所属部署名：**消化器外科病棟、院内感染対策室含む**職位：**主任** |
| 　　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：所属部署名：職位： |
| 　　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：所属部署名：職位：スタッフナース以外は、院内の規定にある正式な職位を記入すること |
| 　　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：所属部署名：職位： |
| **認定看護分野合計　　　　〔　137　〕ヵ月間**　　　　 |

.

(様式４－１)

※受験番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(記入不要)

実務研修報告書　［感染管理］

氏名

１．実務研修施設歴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2020年12月末現在

|  |
| --- |
| 　　１）全実務研修期間および実務研修施設名　（所属施設名・職位） |
| 西暦　　　　 年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位： |
| 年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位： |
| 年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位： |
| 年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位： |
| 年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位： |
| 年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：職位： |
| 　　　　　　　　**全実務研修期間　〔　　　　　〕ヵ月間** |
| 　２)　上記のうち認定看護分野歴　（所属施設名・所属部署名・職位） |
| 西暦　　　 　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：所属部署名：職位： |
| 　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：所属部署名：職位： |
| 　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：所属部署名：職位： |
| 　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：所属部署名：職位： |
| 　年　　月～　　年　　月　（　　ヵ月間） | 所属施設名：所属部署名：職位： |
| **認定看護分野合計　〔　　　　〕ヵ月間**　　　　 |

.

 (様式４－２)

※受験番号

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(記入不要)

**認定看護分野「感染管理」歴における実務研修施設　概要**

施設1：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 2-1）実施しているサーベイランスの種類：「血管内留置カテーテル関連血流感染」「尿道留置カテーテル関連尿路感染」「手術部位感染」「人工呼吸器関連感染」の有無※その他有の場合は記載する。 | 「血管内留置カテーテル関連血流感染」　有　・　無　「尿道留置カテーテル関連尿路感染」　　有　・　無　「手術部位感染」　有　・　無　「人工呼吸器関連感染」　有　・　無　※その他「　　　　　　　　」 |
| 2-2) 感染管理相談の年間実例数 | 年間（　　　　　）件 |
| 2-3）「感染防止対策加算1」の有無「感染防止対策加算2」の有無「感染防止対策地域連携加算」の有無※無の場合のみ、ICTチーム配置の有無およびICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する。 | 「感染防止対策加算1」　有　・　無　「感染防止対策加算2」　有　・　無　「感染防止対策地域連携加算」　有　・　無　※上記無の場合ICTチーム配置　有　・　無　ICTミーティング/ラウンド　有・無　年間回数（　　　）回 |
| 2-4）当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門看護師の人数とその分野名称※上記該当者が無い場合のみ、受験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人を記載する。 | 感染管理認定看護師　　（　　）名感染症看護専門看護師　（　　）名※上記該当者が無い場合職位（　　　　　）感染管理経験年数（　　　）年・年以上 |

施設2：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 2-1）実施しているサーベイランスの種類：「血管内留置カテーテル関連血流感染」「尿道留置カテーテル関連尿路感染」「手術部位感染」「人工呼吸器関連感染」の有無※その他有の場合は記載する。 | 「血管内留置カテーテル関連血流感染」　有　・　無　「尿道留置カテーテル関連尿路感染」　　有　・　無　「手術部位感染」　有　・　無　「人工呼吸器関連感染」　有　・　無　※その他「　　　　　　　　」 |
| 2-2) 感染管理相談の年間実例数 | 年間（　　　　　）件 |
| 2-3）「感染防止対策加算1」の有無「感染防止対策加算2」の有無「感染防止対策地域連携加算」の有無※無の場合のみ、ICTチーム配置の有無およびICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する。 | 「感染防止対策加算1」　有　・　無　「感染防止対策加算2」　有　・　無　「感染防止対策地域連携加算」　有　・　無　※上記無の場合ICTチーム配置　有　・　無　ICTミーティング/ラウンド　有・無　年間回数（　　　）回 |
| 2-4）当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門看護師の人数とその分野名称※上記該当者が無い場合のみ、受験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人を記載する。 | 感染管理認定看護師　　（　　）名感染症看護専門看護師　（　　）名※上記該当者が無い場合職位（　　　　　）感染管理経験年数（　　　）年・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　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(自署)

公益社団法人沖縄県看護協会　感染管理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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 [感染管理]

氏名(自署)　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
|  |

学会および研究会発表等の業績について

|  |
| --- |
|  |

 (様式７―１)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号

(記入不要)

感染管理　ケア改善実績事例の要約

注）明朝体10.5ポイント、枠内におさめる

|  |
| --- |
| 取り組んだ期間　　　　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 取り組んだ場所 |
| 改善事例の種類（該当する番号に〇）　1．侵襲的医療器具・処置に関連した感染防止技術の改善　　　（血流感染防止、尿路感染防止、肺炎防止、手術部位感染防止など）　2．環境整備　3．針刺し防止　4．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 改善前の状況 |
| 問題点 |
| 改善の根拠 |

（様式7―2）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：　　（　記入不要）

|  |
| --- |
| 改善のための計画 |
| 実施 |
| 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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **写真票** |
| **令和3年度****感染管理認定看護師教育課程** |
| **※受験番号** |  |
| **ふりがな** |  |
| **氏　名** |  |
|  | 写真貼付4㎝×3㎝上半身・正面写真裏面に記名 |

　　　　※　受験番号は記入しないこと。 |

|  |
| --- |
| **受験票** |
| **令和3年度****感染管理認定看護師教育課程** |
| **※受験番号** |  |
| **ふりがな** |  |
| **氏　名** |  |
|  | 写真貼付4㎝×3㎝上半身・正面写真裏面に記名 |

　　　　※　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 |

　　　　　　　　　 |