

済生会横浜市東部病院人材開発センター

認定看護師教育課程  
小児プライマリケア分野

2021年度入学選考試験 出願書類一式

# 記入見本

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| 1) 入学願書           | (様式1)       |
| 2) 履歴書            | (様式2)       |
| 3) 実務研修報告書        | (様式3-1、3-2) |
| 4) 勤務証明書          | (様式4)       |
| 5) 推薦書            | (様式5)       |
| 6) 受験志願理由書        | (様式6)       |
| 7) 小児プライマリケア事例要約書 | (様式7)       |
| 8) 入学試験出願書類確認票    | (様式10)      |

記載内容及び送付書類が不十分の場合は受理できないこともあるため、記入例と記入上の注意をよく読み、記入間違い、記入漏れ、不備がないようご注意ください。

(様式1)

# 入学願書

済生会横浜市東部病院  
人材開発センター長 殿

私は、済生会横浜市東部病院人材開発センター認定看護師教育課程における  
小児プライマリケア分野教育課程へ入学したく、ここに関係書類を添えて申請  
いたします。

記載日 西暦 20XX 年 ○ 月 ○ 日

- ・自筆で署名してください
- ・捺印を忘れないでください

フリガナ

氏名(自署)

トウブ ハナコ  
東部 花子

東部

# 履 歴 書

写真 貼付  
(40×30mm)  
3 か月以内に  
撮影したもの  
  
写真裏面に記名

西暦 20XX 年 ○月 ○日現在

フリガナ	トウブ ハナコ	男 <input checked="" type="radio"/> 女
氏 名	東部 花子	<b>東部</b>
生年月日	西暦 1982 年 5 月 9 日生 (満 38 歳)	

フリガナ	カナガワケン ヨコハマシ ツルミクケンシュウ ハイツカイハツ	TEL
現住所	〒230-0012 神奈川県横浜市鶴見区研修 1-2-3 ハイツ開発 101	( 045 ) 57X - 12XX 携帯電話 090 - 00XX - 11XX E-mail(PC) pura.mari@xxxx.xx.jp
フリガナ	イリョウホウジントウイカイ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ソウゴウビョウウイン	施設概要
所 属 施設名	医療法人東医会 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 総合病院	<input checked="" type="checkbox"/> 総合病院 <input type="checkbox"/> 小児専門病院 <input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 重症心身障害者施設
所属施設 住 所	〒230-0012 神奈川県横浜市鶴見区研修 4-5-6	TEL (045) 57X - 34XX 所属部署もしくは内線番号 ( 3456 ) FAX (045) 57X - 34XX
免許取得年月日	(保健師) 西暦 年 月 日 (助産師) 西暦 年 月 日 (看護師) 西暦 2005 年 5 月 1 日	号 号 999999999 号
特定行為研修 受講歴	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連 <input type="checkbox"/> その他 ( )
西暦	学 歴 (高等学校卒業時から記入)	
2001 年 3 月	神奈川県立東東高等学校 卒業	
2001 年 4 月	神奈川県立鶴東大学 看護学部 入学	
2005 年 3 月	同校 卒業	
年 月		
年 月		
年 月		

・職歴は記入しないでください

# 実務研修報告書

氏名： 東部 花子

## 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記載する)

1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位) ※西暦で記入		
2005年 4月～2007年 3月 ( 24 か月間)	所属施設名： ○○○○総合病院 所属部署名： 内科病棟 (主に消化器内科)	職位： スタッフナース
2007年 4月～ 2012年 3月 ( 60 か月間)	所属施設名： △△△医療センター 所属部署名： <u>小児病棟</u>	職位： <u>スタッフナース</u>
2012年 4月～2013年 12月 ( 21 か月間)	所属施設名： △△△医療センター 所属部署名： <u>NICU</u>	職位： <u>主任</u>
2016年 7月～2017年 3月 ( 5 か月間) ※	所属施設名： ○△こどもクリニック 所属部署名： こどもクリニック	職位： スタッフナース
2017年 4月～2019年 3月 ( 24 か月間)	所属施設名： 医療法人東医会 □□□総合病院 所属部署名： こどもセンター (病棟・外来)	職位： スタッフナース
2019年 4月～2020年 8月 ( 17 か月間)	所属施設名： 医療法人東医会 □□□総合病院 所属部署名： こどもセンター (病棟・外来)	職位： 主任
年 月～ 年 月 (  か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
合 計		151 か月間 ( 12 年 7 か月) ※2020年8月末日現在
1-2) うち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名、職位) ※西暦で記入 ※所属部署名については、小児プライマリケア等、研修歴がわかるよう記載する		
年 月～ 年 月 (  か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
年 月～ 年 月	所属施設名：	
<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</li> <li>・職位変更時は新たに記入してください</li> <li>・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してください</li> <li>・産休、育休、療養等の休職期間、連続 1ヶ月以上の研修、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は除いてください</li> <li>・フルタイム勤務でない場合は、150時間を1か月に換算して記入してください ※2016年8月～2017年3月は8か月ですが、短時間勤務5時間/日・通算800時間にて5か月となります</li> <li>・2020年8月末時点での期間を記入してください</li> </ul>		
年 月～ 年 月 (  か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
認定看護分野歴合計		か月間 ( 年  か月) ※2020年8月末日現在

# 実務研修報告書

氏名： 東部 花子

## 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記載する)

1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位) ※西暦で記入		
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：
<p>・認定看護分野 (小児プライマリケア) での実務研修に該当していることがわかるように、必要に応じ部署の詳細を記入してください</p> <p>・産休、育休、療養等の休職期間、連続 1 ヶ月以上の研修、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は除いてください</p> <p>・フルタイム勤務でない場合は、150 時間を 1 か月に換算して記入してください ※2016 年 8 月～2017 年 3 月は 8 か月ですが、短時間勤務 5 時間/日・通算 800 時間にて 5 か月となります</p> <p>・2020 年 8 月末時点での期間を記入してください</p>		
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
合 計	間 ( 年 か月) ※2020 年 8 月末日現在	
1-2) うち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名、職位) ※西暦で記入 ※所属部署名については、小児プライマリケア分野における分野歴がわかるよう記載する		
2007 年 4 月～ 2012 年 3 月 ( 60 か月間)	所属施設名：△△△医療センター 所属部署名：小児病棟	職位： スタッフナース
2012 年 4 月～2013 年 12 月 ( 21 か月間)	所属施設名：△△△医療センター 所属部署名：NICU	職位： 主任
2016 年 8 月～2017 年 3 月 ( 5 か月間) ※	所属施設名：○△こどもクリニック 所属部署名：こどもクリニック	職位： スタッフナース
2017 年 4 月～2019 年 3 月 ( 24 か月間)	所属施設名：医療法人東医会 □□□総合病院 所属部署名：こどもセンター (病棟・外来)	職位： スタッフナース
2019 年 4 月～2020 年 8 月 ( 17 か月間)	所属施設名：医療法人東医会 □□□総合病院 所属部署名：こどもセンター (病棟・外来)	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：
認定看護分野歴合計	127 か月間 ( 10 年 7 か月) ※2020 年 8 月末日現在	

氏名： 東部 花子

2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記載する)

- ・前頁 1-2)認定看護分野歴で記載した期間、小児プライマリケア分野において、小児患者・家族の看護を担当した事例数(概算) 通算 ( 〇 ) 例  
 ※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

3. 認定看護分野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 について記載する  
 施設が複数の場合(現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合)、施設ごとに実績を記載する(様式をコピーして記載する)

小児プライマリケア分野における実績：施設名( □□□総合病院 )

3-1) 当該分野における年間症例数	1.一般外来における小児の症例数： 〇 例/年 2.救急外来における小児の症例数： 〇 例/年 ※一般外来及び救急外来における小児の年間症例数の概算数を記入
3-2) 小児プライマリケアにおける診療報酬の有無	1.院内トリージ実施料： 有 ・ 無
3-3) 小児プライマリケア分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数	1.小児救急看護認定看護師：有 ( 名 ) ・ 無 2.小児看護専門看護師： 有 ( 名 ) ・ 無

<p>認定看護分野歴における実績</p> <p>4-1) 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) 2017年8月 PALS プロバイダーコース受講        2018年2月 日本小児看護学会主催 〇〇セミナー受講        2019年6月 日本小児科学会主催 〇〇セミナー受講</p> <p>4-2) 看護研究業績 (学会及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  <u>筆頭演者名(他〇名), 演題, 発表学術集会名, 発表月日.</u>の順に記載        東部花子(他3名), 小児救急における△△△, 第〇回日本××看護学会学術集会,        2018年6月.</p> <p>例) 論文投稿や雑誌等の執筆の場合  <u>筆頭著者名(他〇名), タイトル, 雑誌名. 巻(号), ページ, 発行年.</u>の順に記載        〇見〇子(他2名), 長期入院となった△△△, 日本××学会雑誌. 20(6), p12-18,        2019年.</p>
---

記入日：西暦 20XX 年 ○月 ○日

# 勤務証明書

申請者氏名： 東部 花子

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。

## 1.在職期間（2020 年 8 月末までの実績を記載）

フルタイム勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 2007 年 4 月～	(西暦) 2013 年 12 月迄	0 年 0 か月	6 年 9 か月
フルタイム勤務以外勤務期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月迄	年 か月	年 か月
フルタイム勤務以外の勤務期間における勤務時間数				( 時間/1 か月あたり) ( 時間/年) (通算時間数 時間)
上記の通算年数(休職期間は除く)				6 年 9 か月

## 2.所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

.....

.....

.....

・出願資格を証明する機関（病院長、施設長あるいは看護部長の職位に相当する方）が作成したものに限り  
 ・現在の所属施設だけでは「通算 5 年以上の実務経験」を満たさない場合は、用紙をコピーし、以前の所属施設の証明も受けてください  
 ・フルタイム勤務以外の場合は、1800 時間以上の勤務を 1 年相当とみなすため、必ず年間の勤務時間を記入してください  
 ・2 は、専門分野の看護実績を中心に、配置された部署の特徴と実績年数を具体的に記入してください

機関（施設）名 : △△△医療センター  
 職位名 : 看護部長  
 氏名 : ○○ ○○ 印  
 機関（施設）所在地 : 神奈川県横浜市中区  
 良町 987-6  
 TEL : 045-12X-98XX

\*病院長、施設長あるいは看護部長の職位に相当する者が発行すること  
 \*枠内に収まるように記載すること

## 推薦書

済生会横浜市東部病院  
人材開発センター長 殿

【推薦者】

所属： □□□総合病院

役職： 看護部長

氏名： ●● ●●



済生会横浜市東部病院人材開発センター認定看護師教育課程 小児プライマリケア分野の受講生として、  
次の者を推薦いたします。

受講志願者氏名	東部 花子
推薦理由	・在職中の方のみの提出です

※推薦にあたり、受講志願者の看護実践能力や期待する役割、認定看護師教育課程修了後の配置予定などをご記入ください。



## 受験志望理由書

氏名： 東部 花子

1. 下記の内容を踏まえ、受験志望理由を枠内に記載して下さい。

- 1)当教育課程を志望した動機
- 2)当教育課程を修了した後の自己の活動計画や展望

- ・フォントは 11 ポイントで記載してください
- ・必ず枠内に記載してください (1 枚におさめる)

※枠内に収まるように記載すること。枠およびフォントサイズの変更は不可とする。  
フォントは 11 ポイントで記載すること。

# 小児プライマリケア事例要約書

氏名： 東部 花子 \_\_\_\_\_

※これまでに担当した小児患者・家族の看護のうち 5 症例について記載しなさい。

うち 1 症例は事例要約として看護上の問題点も記載すること。

症例は枠内に収まるように記載すること。枠およびフォントサイズ(11 ポイント)の変更は不可とする。

## 症例No.1

患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）

- ・これまでにあなたが行った（継続的・中心的）看護内容を要約して 5 症例を記載してください
- ・症例 No.5 は、行った看護を具体的に記載してください
- ・フォントは 11 ポイントで記載してください
- ・必ず枠内に記載してください

看護の実際（看護上の問題点・評価を含む）

## 症例No.2

患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過）

看護の実際（看護上の問題点・評価を含む）

# 入学試験出願書類確認票

氏名： 東部 花子

出願書類を提出する前に下記項目に沿って間違いがないか確認してください。

すべての項目にチェックが入って **つけて提出してください。**

・レ点は直筆で可です  
・提出前に最終チェックをしてください

出願書類	様式		チェック	担当者 チェック
入学願書	1	・氏名は自署であり、捺印されている	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
履歴書	2	・捺印欄に捺印されている ・所属施設名、学歴の学校名（学科・課程を含む）は正式名称で記載されている ・写真は受験票と同一であり、裏面に記名されている	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実務研修 報告書	3-1 3-2	・看護実務研修期間及び内容が間違いなく記載されている ・看護師免許取得後、通算 5 年（60 か月）以上実務研修をしている ・そのうち 3 年（36 か月）以上は、小児プライマリケア分野の実務研修をしている	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
勤務証明書	4	・通算 5 年以上（3 年以上は小児プライマリケア分野）の実務実績を満たす勤務証明が記載されている	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
推薦書	5		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受験志望 理由書	6	・枠内に記載されている ・枠およびフォントサイズの変更がされていない ・フォントは 11 ポイントで記載している	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小児 プライマリケア 事例要約書	7-1 7-2 7-3	・各事例について、項目に沿って枠内に記載されている ・枠およびフォントサイズの変更がされていない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受験票	8	・必要事項が記載され、写真を貼付している ・写真は履歴書と同一であり、裏面に記名している	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入学検定料 銀行振込控え 貼付票	9	・銀行振込の控えのコピーをのり付けて貼付している	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護師免許証 の写し		・看護師免許証を A4 サイズに縮小コピーしている	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受験票 郵送用封筒		・入学試験結果通知書の送付用封筒（長形 3 号 120mm×235mm）に出願者の住所と氏名が明記されている ・404 円切手が貼付されている ※封筒および切手は受験者が用意すること	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入学試験 出願書類確認票	10	・全ての項目にチェックがされている	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・在職者の方のみ

※出願者はグレーの枠内『担当者チェック欄』にチェックをしないこと