

2025 年度

認定看護師教育課程 小児プライマリケア分野
(B 課程教育機関)

出願用紙：記入見本

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、書類漏れなど
の不備がないようご注意ください。

済生会横浜市東部病院
人材開発センター

出願書類

□出願書類一式

本ファイルには以下の提出書類があります。

出願書類確認票

- 様式 1 入学願書
- 様式 2 履歴書
- 様式 3-1 実務研修報告書 (1)
- 様式 3-2 実務研修報告書 (2)
- 様式 3-3 実務研修報告書 (3)
- 様式 4 勤務証明書
- 様式 5 推薦書
- 様式 6 受験志望理由書
- 様式 7-1 小児プライマリケア事例要約書 (1)
- 様式 7-2 小児プライマリケア事例要約書 (2)
- 様式 7-3 小児プライマリケア事例要約書 (3)
- 様式 8 受験票
- 様式 9 入学検定料銀行振込控え貼付票
- 様式 10 特定行為実習施設情報 (対象者のみ提出)

□その他：上記以外で全員が必要な提出書類

- ・看護師免許証の写し 1 部
(A 4 版に縮小しコピーしたもの)
- ・受験票返信用封筒 (レターパックライト)

□その他：上記以外で該当者のみが必要な提出書類

- ・編入者は、特定行為修了の修了証の写し 1 部
(A 4 版に縮小しコピーしたもの)
- ・姓名が提出用紙と異なる場合は、公的証明書の写し 1 部

必要書類のすべての書類が揃っていることを「出願書類確認票」で確認の上、郵送してください。

★注意：様式 10 特定行為実習施設情報は、自施設で特定行為実習を希望する方のみ提出となります。

出願書類確認票

記載日 20XX年 ●月 ●日

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、各項目の出願者チェック欄のすべての項目にチェック（✓）が入っていることを確認し、入学願書の上に付けて提出してください。

出願書類	様式	確認項目	出願者 チェック	事務局 チェック
入学願書	1	・氏名は自署であり、捺印されている		
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る ・写真は画像データ貼り付けでも良い。現像写真の場合は裏面に記名している		
実務研修 報告書	3-1 3-2 3-3	・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（勤務証明書と一致しているか） ・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		
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		
推薦書	5	・推薦者の署名捺印がある		
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		
小児 プライマリケア 事例要約書	7-1 7-2 7-3	・全5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		
受験票	8	・必要事項が記載されている ・写真は、履歴書と同一である ・写真は画像データ貼り付けでも良い。 ・現像写真の場合は裏面に記名している		
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 ・振込依頼人名が「CN 名前」となっている		
特定行為実習 施設情報	10	・実習可能な施設リストおよび施設情報が記載されている ・東部病院での特定行為実習を希望しているため、同封していない *対象者のみ提出	自施設希望 東部病院希望 (提出無)	
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		
特定行為修了 の修了証の 写し	—	・特定行為修了者は修了証をA4サイズに縮小コピーしている *対象者のみ提出		
出願書類 確認票	—	・全ての項目にチェックがされている *提出者のみチェックしてください		
受験票返信用 封筒 (レターパックライト)	—	・返信用封筒に氏名・住所・電話番号が記入されている		
その他	—	・改姓により姓名が提出様式と異なる場合は、公的証明書の複写を添付すること *対象者のみ提出		

様式 10 提出する方
チェックはこちら

様式 10 提出しない方
チェックはこちら

※出願者はグレーの枠内『事務局チェック欄』にチェックをしないこと

※出願者は提出した書類の控えを手元に保管すること

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 20××年 ○月 ○日

- ・自筆で署名してください
- ・姓名ともにフリガナをつけてください
- ・捺印を忘れないでください

フリガナ トウブ ハナコ

氏名（自署） 東部 花子

東部

履歴書

西暦 20XX年●月●日 現在

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
画像データ貼付可

フリガナ	トウブ ハナコ	印
氏名	東部 花子	
生年月日	西暦 1988年 7月 14日生 (満 36歳)	

フリガナ	カナガワケン ヨコハマシ ツルミクスエヨシ ハイソカイハツ	TEL
現住所	〒230-0012	(045) 57X - 12XX
	神奈川県横浜市鶴見区末吉 1-2-3	携帯電話
	ハイソ開発 101	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 □□□ソウゴウビョウイン	施設概要
所属施設名	医療法人東医会 □□□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"/> 重症心身障害児(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 所属部署および内線番号 (小児病棟 内線 4538)

免許取得年月日 免許番号	(看護師) 西暦 2010年 3月 31日	99999999号
	(保健師) 西暦 年 月 日	号
	(助産師) 西暦 年 月 日	号

特定行為研修 受講歴	<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 (有・無) <input type="checkbox"/> 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 (有・無) <input type="checkbox"/> その他(有・無) 有の場合、以下に区分名を記載すること 特定区分名(
---------------	---

・各項目に関して、特定行為受講者は有に○をし、未受講者は無に○をする
 ・その他の区分受講者は区分名を記載する

西暦	学 歴 (高等学校卒業時から記入)
2006年 3月	神奈川県立 東部高等学校 卒業
2006年 4月	神奈川県立 鶴東大学 看護学部 入学
2010年 3月	同校 卒業
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

実務研修報告書（1）

記載日 20XX年 ●月 ●日
氏名： 東部 花子

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）

- ※年月は西暦で記載する
- ※就業終了年月は就業が完全に終了した年月日を入力する
- ※就業年数は2024/8/31現在とし、現職は就業終了年月日に2024/8/31と入力する
- ※就業終了した同月に、施設または部署が変更となった場合は翌月を入力する
- ※連続6か月以上の研修、または、産休・育休等の期間を除いて記載する
- ※一つの施設または部署の就業期間に重複して就業していることにならないように、注意して就業開始・就業終了年月を入力する

就業開始年月 西暦年/月/日	就業終了年月 西暦年/月/日	就業月数	就業年数	所属施設・部署・職位			
2010/4/1	2013/3/31	36	3年	所属施設名	〇〇〇〇総合病院		
			ヶ月	部署	内科病棟	職位	スタッフ
2013/4/1	2017/1/31	46	3年	所属施設名	△△△医療センター		
			10ヶ月	部署	小児病棟	職位	スタッフ
2018/2/1	2021/12/31	34	2年	所属施設名	○△こどもクリニック		
			10ヶ月	部署	クリニック	職位	スタッフ
2021/1/1	2023/3/31	27	2年	所属施設名	医療法人東医会□□□総合病院		
			3ヶ月	部署	小児病棟	職位	スタッフ
2024/4/1	2024/8/31	5	年	所属施設名	医療法人東医会□□□総合病院		
			5ヶ月	部署	NICU	職位	主任
			年	所属施設名			
			ヶ月	部署		職位	
			年	所属施設名			
			ヶ月	部署		職位	
			年	所属施設名			
			ヶ月	部署		職位	
全実務期間合計就業月数		148	全実務期間合計年月		12年4ヶ月		

実務研修報告書（2）

記載日 20XX年 ●月 ●日

氏名： 東部 花子

2. 小児プライマリケア認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位）

- ※年月は西暦で記載する
- ※就業修了年月は就業が完全に終了した月を入力する
- ※就業年数は2024/8/31 現在とし、現職は就業終了年月日に 2024/8/31 と入力する
- ※就業終了した同月に、施設または部署が変更となった場合は翌月を入力する
- ※連続6か月以上の研修、または、産休・育休等の期間を除いて記載する
- ※一つ施設または部署の就業期間に重複して就業していることにならないように、注意して就業開始・就業修了年月を入力してください

就業開始年月 西暦年/月/日	就業終了年月 西暦年/月/日	就業月数	就業年数	所属施設・部署・職位			
2013/4/1	2017/1/31	46	3年	所属施設名	△△△医療センター		
			10ヶ月	部署	小児病棟	部署	スタッフ
2018/2/1	2021/12/31	34	2年	所属施設名	○△こどもクリニック		
			10ヶ月	部署	クリニック	部署	スタッフ
2021/1/1	2023/3/31	27	2年	所属施設名	医療法人東医会□□□総合病院		
			3ヶ月	部署	小児病棟	部署	スタッフ
2024/4/1	2024/8/31	5	年	所属施設名	医療法人東医会□□□総合病院		
			5ヶ月	部署	NICU	部署	主任
			年	所属施設名			
			ヶ月	部署		職位	
			年	所属施設名			
			ヶ月	部署		職位	
			年	所属施設名			
			ヶ月	部署		職位	
全実務期間合計就業月数		112		全実務期間合計年月		9年 4ヶ月	

実務研修報告書（3）

記載日 20XX年 ●月 ●日

氏名： 東部 花子

3. 認定看護分野歴における実務研修施設 概要

※現在の認定看護分野歴における 施設の実績：在職者数 について記載する

施設名（ 医療法人東医会□□□総合病院 ）

1) 小児プライマリケア認定看護師	0名
2) 小児救急看護認定看護師	1名
3) 小児看護専門看護師	2名

4. 認定看護分野歴における実績 ※ない場合には“なし”と記載する

1) 主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）

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 ○○セミナー受講
2019年6月 日本小児科学会主催 ○○セミナー受講

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）

例) 研究発表の場合

筆頭演者名（他○名），演題，発表学術集会名，発表月日．の順に記載
東部花子（他3名），小児救急における△△△，第○回日本××看護学会学術集会，

例) 論文投稿や雑誌等の執筆の場合

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
○見○子（他2名），長期入院となった△△△，日本××学会雑誌．20（6），p12-18，

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/していた** ことを証明します。

1. 在職期間 (2024 年 8 月 31 日までの実績を記載)

	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	フルタイム勤務期間	(西暦) 2021 年 1 月～	(西暦) 2024 年 8 月迄	年 月
(西暦) 年 月～		(西暦) 年 月迄	年 月	年 月
(西暦) 年 月～		(西暦) 年 月迄	年 月	年 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 月	年 月
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月迄	年 月	年 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/月) (時間/年) (通算時間数 時間)
上記の通算年数(休職期間は除く)				2 年 8 ヶ月

2. 所属した部署の名称と具体的な特徴

在職期間の計算が難しい場合、出願書類の補助として勤務年数計算表をご用意しておりますので、ダウンロードしていただきご活用ください。

1 施設で応募要項を満たしている場合 1 施設分だけで構いません。

記入見本の東部花子の場合、1 施設では要項を満たさない為

2～3 施設分の勤務証明書が必要となります。

各施設につき 1 枚ご提出ください。

施設名：医療法人東医会□□□総合病院

職位名：病院長

氏名：済生 太郎

施設所在地：〒230-0012

神奈川県横浜市鶴見区研修 4-5-6

TEL：(045) 57X-34XX



* 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

1 施設につき 1 枚の用紙に記入する

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：

役職：

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	
推薦理由	<div data-bbox="400 1155 1410 1449" style="border: 2px solid red; padding: 10px;"><p>出願資格を証明する機関（施設長や看護部長の職位に相当する方）から推薦を受けてください。 退職等を予定する受験者は、受験者が推薦者を選択し推薦を受けてください。 ※退職者・退職予定者の方も推薦状は必要となります。</p></div>

※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

記載日 20XX 年 ●月 ●日

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
- 3) フォントは 11 ポイント、変更は不可とする
- 4) 枠内に収まるように記載すること

小児プライマリケア事例要約書（1）

記載日 20XX年 ●月●日
氏名 東部 花子

※ これまであなたが行った継続的・中心的な小児看護や小児の家族看護内容を要約して、全部で5事例記載してください。
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）
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）

小児プライマリケア事例要約書（2）

記載日 20XX年 ●月 ●日
氏名 東部 花子

症例No.3

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）

症例No.4

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）

小児プライマリケア事例要約書 (3)

記載日 20XX年 ●月 ●日

氏名 東部 花子

症例 No.5

患者の状況 (患者のプロフィール・疾患・症状・治療法等)
看護上の問題点 (問題に挙げた根拠も述べること)、看護目標
看護の実際 (結果・評価を含む)

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)

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)

受験票A
(受験者控え)

受験 番号	
----------	--

フリガナ トウブ ハナコ	
氏名 東部 花子	
所属施設 医療法人東医会 □□□総合病院	
所属施設所在地 (都道府県のみ)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>写真貼付 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正面上半身 ・3 か月以内に撮影したもの ・履歴書と受験票は同一のものを使用 ・写真データ貼付可 </div>
神奈川県	

受験票B
(教育機関控え)

受験 番号	
----------	--

フリガナ トウブ ハナコ	
氏名 東部 花子	
所属施設 医療法人東医会 □□□総合病院	
所属施設所在地 (都道府県のみ)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>写真貼付 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正面上半身 ・3 か月以内に撮影したもの ・履歴書と受験票は同一のものを使用 ・写真データ貼付可 </div>
神奈川県	

※この受験票 A は、試験当日に必ず携帯すること

※点線部分は切り取らないこと

入学検定料 銀行振込控え貼付票

氏名： 東部 花子 _____

入学検定料 50,000 円を受験者本人名義で振込み、振込控えをコピーし枠内に貼付して下さい。

(貼付欄) 銀行振込の控え(コピー可)をここに貼付する
※剥がれないようにのり付けする (用紙に収まらない場合は横向きに添付可)

特定行為実習施設情報

記載日 20XX年 ●月 ●日

氏名 東部 花子

※特定行為研修の実習を自施設で実施することを希望する者は提出をすること

1. 実習が行える施設リスト

		施設名称
自施設	①	医療法人東医会 □□□総合病院
実習協力が可能な 他施設	②	医療法人東医会 □□□総合病院附属クリニック
	③	

2ヶ所で実習を
行う例

2. 特定行為に関する施設情報

区分別科目の名称	特定行為名	実習を行う施設 (※上記リストから番号を記入する)	2か月間での対象となる症例が5例場以上ある場合、○を記入	指導者*1がいる、○を記入
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換	②	○	○
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	①	○	○
	脱水症状に対する輸液による補正	①	○	○

*特定行為ごとに全て記入する。

*特定行為研修の実習は、特定行為1行為につき、5症例以上を必要とする。

*指導者とは、臨床研修指導医（医師の臨床研修に係る指導医講習会を受講している医師）もしくは臨床研修指導医と同等以上の経験（7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者など）を有する医師をいう。