

2027 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
の不備がないようにご注意ください。

**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もしくは
修了見込みが証明できる書類 1 部
（修了証は A 4 版に縮小しコピーすること）
- ・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。

記入方法に指定
なし

自署のみ

PC 入力のみ
フォント等変更不可

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	・推薦者により封入封緘されている（封筒のまま提出）		
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する ・もしくは修了見込みを証明する書類 *対象者のみ提出		
出願書類 確認票	—	・必ず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)	—	・返信先である自分の住所・郵便番号・氏名・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

氏名（自署）

トウゴ ハナコ
東部 花子



履歷書

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

画像データ貼付可

西暦 20XX 年●月●日 現在

フリガナ	トウブ ハナコ	
氏 名	東部 花子	
生年月日	西暦 1988 年 4 月 14 日生 (満 38 歳)	

フリガナ	カナガワケン ヨコハマシ ツルミクスエヨシ ハイツカイハツ	TEL
現住所	〒230-0012 神奈川県横浜市鶴見区末吉 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 □□□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	☒ 総合病院 ☐ 小児専門病院
		☐ クリニック ☐ 訪問看護ステーション ☐ 重症心身障害児（者）施設 ☐ その他（ ）

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 (保健師) 西暦 年 月 日 (助産師) 西暦 年 月 日	99999999 号 号 号
-----------------	--	----------------------

特定行為研修 受講歴	☐ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 (有 ・ 無) ☐ 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 (有 ・ 無) ☐ 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中退を含む最終学歴まで記入）	
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 2026/8/31 現在とし、現職は就業終了年月日に 2026/8/31 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	47	3 年	所属施設名	○△こどもクリニック		
			11 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	2026/8/31	29	2 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		185	全実務期間合計年月		15 年 5 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 2026/8/31 現在とし、現職は就業終了年月日に 2026/8/31 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	36	3 年	所属施設名	△△△医療センター		
			10 ヶ月	部署	小児病棟	部署	小児病棟
2018/2/1	2021/12/31	47	3 年	所属施設名	○△こどもクリニック		
			11 ヶ月	部署	クリニック	部署	クリニック
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	小児病棟
2024/4/1	2026/8/31	29	2 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	NICU
			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	
			年	所属施設名			
			ヶ月	部署		職位	
全実務期間合計就業月数		175		全実務期間合計年月		12 年 5 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

どちらも書ききれないほどある場合
主なものをご記入ください

2) 看護研究業績（学会及び研究会等への発表・学術誌投稿）

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），p 12-18，

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（2026 年 8 月 31 日までの実績を記載）

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) 2021 年 1 月～	(西暦) 2026 年 8 月迄	年 ケ月	4 年 8 ケ月
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月迄	年 ケ月	年 ケ月
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月迄	年 ケ月	年 ケ月
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 ケ月	年 ケ月
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月迄	年 ケ月	年 ケ月
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月迄	年 ケ月	年 ケ月
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)				4 年 8 ケ月

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

総合病院
東医会
済生
入東

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※¹】

所属：

役職：

氏名：

印

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※ ²	(被推薦者の看護実践能力や推薦者が期待する役割、および認定看護師教育課程修了後の推薦者の配置予定などをご記入ください。) 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。
被推薦者の勤務状況※ ³	(被推薦者の勤務態度や看護スタッフや多職種とのコミュニケーション力など直属の上司がとらえる被推薦者の状況をご記入ください。) 推薦書は“封入封緘”での提出をお願いしています。 封筒を受け取ったらそのまま他の出願書類と一緒に提出ください。 施設によっては、勤務証明書も封入されている場合もあります、その場合も封筒のままご提出ください。 封筒のまま 提出 封 緘 記載者氏名： (被推薦者との関係

※¹ 推薦者は、看護部長・法人理事長もしくは同等の職位の方が推薦者として望ましく、

※² 推薦理由は推薦者が記載してください。

※³ 勤務状況については、被推薦者の直属の上長（部署の看護師長など）が直接ご記載ください。
推薦者と直属の上長が同一でも構いません（例：訪問看護ステーションの所長等）。

※ 推薦書は封入封緘して提出してください

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

手書き不可

フォント・フォントサイズの変更
枠の大きさ変更など不可

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）

手書き不可
フォント・フォントサイズの変更
枠の大きさ変更など不可

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）

手書き不可
フォント・フォントサイズの変更
枠の大きさ変更など不可

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）
手書き不可 フォント・フォントサイズの変更 枠の大きさ変更など不可
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)	写真貼付 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名 ・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
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)	写真貼付 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名 ・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
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) 振込控え (ネットバンキング等 画面の印刷可) を貼付する

※振り込みが確認できるものを貼付けしてください (書式不問)

※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)

縮小コピー可

施設からの振り込みの場合、振込前に必ず連絡をください (募集要項記載有)

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)	1 か月間で 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。