

受験番号：

(様式1)

## 受講出願書

八戸市立市民病院 高度看護研修センター長 殿

私は、八戸市立市民病院認定看護師教育課程クリティカルケア分野を受講したく、  
ここに関係書類を添えて提出します。

西暦                    年            月            日

西暦                    年            月            日 生

現住所 〒

TEL

氏名 (自署)



受験番号：

(様式3)

## 実務研修報告書

### 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

(西暦で記入)	
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)	
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合 計	か月 ( 年 か月) ※2027年3月31日
1-2) 全実務研修期間のうち認定看護分野に関わるもの (所属施設名、所属部署名、職位)	
※所属部署名については、クリティカルケア部門 (救急、集中治療部門) における分野歴がわかるように記載する。	
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 ( か月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
認定看護分野歴合計	か月 ( 年 か月) ※2027年3月31日

(様式3)

2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記入してください)

- ・前頁 1-2) 認定看護分野歴で記載した期間、クリティカルケア部門において、  
 疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患者の看護を担当した事例数 (概算)  
 通算 ( ) 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入してください。

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入してください。(様式をコピーして使用してください)

クリティカルケア分野における実績：施設名 ( )

<p>3-1) クリティカルケア分野に関する患者の年間症例数</p>	<p>1. 救急看護を受ける患者 例/年                  2. 集中ケアを必要とする患者： 例/年                  (救急看護及び集中ケアを受ける患者の年間の概算数を記入)</p>
<p>3-2) クリティカルケアにおける診療報酬の有無</p>	<p>1. 救命救急入院料： 有 ・ 無                  2. 特定集中治療室管理料： 有 ・ 無                  3. 呼吸ケアチーム加算： 有 ・ 無                  4. 院内トリアージ実施料： 有 ・ 無                  5. 夜間休日救急搬送医学管理料： 有 ・ 無                  6. 早期離床、リハビリテーション加算： 有 ・ 無                  7. 重症患者対応体制強化加算： 有 ・ 無                  8. 重症患者搬送加算： 有 ・ 無                  9. 持続的難治性下痢便ドレナージ加算： 有 ・ 無</p>
<p>3-3) クリティカル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</p> <p>※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身がクリティカルケア分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入する</p>	<p>1. 救急看護認定看護師：有 ( ) 名 ・ 無                  2. 集中ケア認定看護師：有 ( ) 名 ・ 無                  3. クリティカルケア認定看護師：有 ( ) 名 ・ 無                  4. 小児救急看護認定看護師：有 ( ) 名 ・ 無                  5. 急性・重症患者看護専門看護師：有 ( ) 名 ・ 無                  6. いずれも無の場合                  実務研修指導者：                   例) 実務研修指導者：教育担当師長、クリティカルケア分野における経験5年以上を有する主任等</p>

3-3) ※については、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、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の5年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。

受験番号：

(様式3)

#### 4. 学会及び研修会等の実績

認定看護分野における実績

4-1) 主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）

年月日、学会名、研修名、演題名の順に記載

4-2) 看護研究実績（学会及び研究会等への発表・学術誌投稿業績など）

筆頭演者名（他〇名）、演題、発表学術集会名、発表年月の順に記載

#### 5. 志望理由

受験番号：

(様式4)

## 勤務証明書

記入日：西暦 年 月 日

受験出願者氏名：\_\_\_\_\_

○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／したことを証明します。

常勤勤務 期間	勤務期間		休職期間	通常常勤勤務期間
	(西暦) 年 月から	(西暦) 年 月まで	年 か月	年 か月
非常勤勤 務期間	勤務期間		休職期間	通常非常勤勤務期間
	(西暦) 年 月から	(西暦) 年 月まで	年 か月	年 か月
合計通算年数				年 か月

○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：

職 名：

施 設 長 名：

印

機関（施設）所在地：

T E L：

受験番号：

(様式5)

氏名 \_\_\_\_\_

### クリティカルケア事例実績証明

※担当した疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患者の看護について5症例記入しなさい。  
うち、1症例は事例要約としてアセスメントおよび看護上の問題点も記入すること。

#### 事例 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

#### 事例 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

※枠内に収まるように記入すること。枠のサイズは変更不可とする。

受験番号：

(様式5)

氏名 \_\_\_\_\_

事例 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

事例 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

※枠内に収まるように記入すること。枠のサイズは変更不可とする。

受験番号：

(様式5)

氏名 \_\_\_\_\_

### クリティカルケア事例実績証明

事例 No. 5

患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療法等）
アセスメント
看護上の問題点
看護の実際（評価を含む）

※枠内に収まるように記入すること。枠のサイズは変更不可とする。

受講番号：

(様式6)

[入学検定料「ご利用明細票(振替受付票)」のコピー貼付票]

(注意事項)

- 銀行等金融機関に備え付けの「振込依頼書」に必要事項を記入の上、入学検定料50,000円を出願者本人名義または施設名で振り込んでください。振込後、受け取った「振込金受取書」のコピーを枠内に貼付してください。
- ATM、ネットバンキングでの振り込み可。また、ご利用明細票(コピー可)や振込控の画面等を下記の欄に貼付してください。これらの情報がない場合、振込確認ができないことがあります。  
※窓口振込の場合、受付金融機関の日付印が押印されていることを確認してください。  
※原本ではなく、印字が読み取れる状態のコピーを貼付してください。(縮小コピー可)  
原本を貼付した場合、一度提出した書類の返却はできません。

(貼付欄)

- ・この枠内に剥がれないように貼り付けてください。
- ・枠より大きい用紙の場合は、枠内におさまるように折り曲げてください。

受験番号：

(様式7)

## 緊急連絡先

### ◆緊急連絡先

災害などで入学試験の日程に変更が生じた場合に限り、八戸市立市民病院事務担当から緊急で連絡いたします。(通知方法は、その時の状況でメールまたは電話で行うかを判断します)

[注意事項]

- ① メールアドレスが間違っていると連絡が出来ませんので、大きく楷書で判読できるようにご記入ください。
- ② メールアドレスがない方は、必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。

ふりがな	
氏名	
所属施設名	
メールアドレス	@
携帯電話番号	— —
上記以外で連絡の つく電話番号	— — (間柄 )

注) この緊急連絡先の個人情報は入学試験終了後、シュレッダーにかけて破棄いたします。

受験番号：

(様式8)

## 推 薦 書

(西暦) 年 月 日

出願者氏名：\_\_\_\_\_

上記の者は、認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

推薦者氏名 (自署)：\_\_\_\_\_

所属機関名 (施設)：

職位 (名)：

所属機関住所：(〒      ー      )

電話：

推薦理由 (人物像、将来期待する事等)

--