（様式4）

　受験番号：

**志望理由**（この枠内に記載　700字以内）

|  |
| --- |
|  |
| 他の教育機関の併願の有無　（１、２のどちらかに○をしてください） |
| １．している　（差支えなければ教育機関名をお書きください）  　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　２．していない |

【教育機関用チェック欄】**※ 申請者は、下記チェックリスト欄に記入しないでください。**

【必須要件】

* 看護師免許を有すること
* 看護師の免許を取得後、通算５年以上（入学時点で可）の実務経験を有すること
* 通算３年以上、クリティカルケア部門での看護実績を有すること
* 現在、クリティカルケア部門で勤務している、またはクリティカルケア部門での勤務が予定されていること