

公益社団法人大阪府看護協会
クリティカルケア認定看護師教育課程

2021 年度入学選抜試験提出書類一式

- (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）
- (4) 志望理由（様式 4）
- (5) 勤務証明書（様式 5）
- (6) 推薦書（様式 6）
- (7) クリティカルケア事例要約（様式 7）
- (8) 写真票・受験票（様式 8）
- (9) 入学検定料振込通知（様式 8 に貼付）
- (10) 保健師・助産師・看護師免許証の写し（A 4 版縮小コピー）
- (11) 受験票郵送用封筒・合否通知郵送用封筒
- (12) 入学選抜試験提出書類確認用紙（様式 9）

入 学 願 書

公益社団法人 大阪府看護協会 会長殿

私は、大阪府看護協会 クリティカルケア認定看護師教育課程へ
入学したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 2020 年 10 月 ○○ 日

お名前は必ず自署してください。

氏 名 (自署)

印

西暦 1987 年 4 月 10 日生

現住所 (〒○○○-○○○○)

大阪府大阪市××区△△町 1-2-3

TEL : (090) 9999-9999

(様式 2)

受験番号

履 歴 書

(西暦) 2021年10月31日現在

日本看護協会非会員の方は
こちらに○印を付けてください。

写真貼付
(5.0cm×4.0cm)
写真裏面に記名

JNA会員No.	1	2	3	4	5	6	7	8	非会員
フリガナ	クリタ ジョウ								男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
氏名	栗田 城								印
生年月日	(西暦) 1987年4月10日生 (満 33歳)								

記入の確認等で連絡することが
あります。常に連絡がつく電話番
号を記載してください。

フリガナ	オオサカフオオサカシ××ク△△チョウ		携帯電話	(090)9999-9999	
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市××区△△町1-2-3		E-Mail	momoko-99@kyukyu.ne.jp	
フリガナ	オオサカフカンゴキョウカイリツ シロミビョウイン			病床数	350床
所属機関 名称	大阪府看護協会立 城見病院			看護体制	7対1
設置主体	(10) *「申請書類の記入についての注意事項」の中から番号を記入				
所属機関 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市中央区城見 2-2-22		TEL	06-6123-4567	
			FAX	06-6123-4568	
看護師免許取得年月日	(西暦) 2009年4月10日		第 1234567 号		
学 歴 (高校卒業時から記入)					
(西暦) 2005年3月	(城見学園) 高等学校卒業				
2006年4月から 2009年3月まで	大阪府ナーシングアート看護専門学校				
年 月から 年 月まで					
年 月から 年 月まで					
年 月から 年 月まで					
職 歴 (看護師免許取得まで、看護職以外の職歴のみ記載、准看護師経歴も含む)					
2005年4月から 2006年3月まで	株式会社森ノ宮物産 営業部				
年 月から 年 月まで					
年 月から 年 月まで					

実務研修報告書

1. 実務研修施設歴 (※申請書作成までの受験者の職歴を記載する)

1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、部署名、職名)

期 間 (月数)	所属施設名	部署名	職位名
2009年4月から 2010年3月まで	医療法人玉造会 天下茶屋中央病院	外科病棟	スタッフ
2010年4月から 2012年10月まで	医療法人玉造会 天下茶屋中央病院	内科病棟	スタッフ
2012年11月から 2014年3月まで	大阪府看護協会立 桃谷病院	手術室	スタッフ
2014年4月から 2016年3月まで	大阪府看護協会立 城見病院	CCU	スタッフ
2016年4月から 2017年7月まで	大阪府看護協会立 城見病院	ICU	主任
2017年8月から 2020年10月まで	大阪府看護協会立 城見病院	初療室	副師長
年 月から 年 月まで			
合 計	139ヶ月 (11年7ヶ月)		現在

クリティカルケア分野の経歴が下表

月数の計算ミスが多いので確認すること。開始月・終了月を含むことに注意する。

1-2) クリティカルケア分野の実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、部署名、職名)

部署名は 救急病棟・ICU・HCU・CCU などクリティカルケア部門である事がわかる表記

期 間 (月数)	所属施設名	部署名	職位名
2014年4月から 2016年3月まで	大阪府看護協会立 城見病院	CCU	スタッフ
2016年4月から 2017年7月まで	大阪府看護協会立 城見病院	ICU	主任
2017年8月から 2020年10月まで	大阪府看護協会立 城見病院	初療室	副師長
年 月から 年 月まで	ヶ月		
年 月から 年 月まで	ヶ月		
年 月から 年 月まで	ヶ月		
クリティカルケア分野歴合計	79ヶ月 (6年7ヶ月)		*2020年10月末日現在

(様式3)

2. 専門分野における実務研修施設の概要

*施設が複数の場合、施設ごとに実績

最低3年間のクリティカルケア分野における施設の実績について記載すること。

1	施設名称	大阪府看護協会立 城見病院	
2	クリティカルケア分野に関する患者の年間症例数	・救急外来患者：8,200名/年 ・ICU入院患者：1,600名/年	・救急入院患者：4,500名/年 ・CCU入院患者：名/年
3	クリティカルケア領域における治療部門の有無	・救急外来： <input checked="" type="radio"/> 有 無 ・ICU： <input checked="" type="radio"/> 有 無 ・その他：救命ICU	・救急病棟： <input checked="" type="radio"/> 有 無 ・CCU： <input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
4	クリティカルケア領域における診療報酬の有無	・特定集中治療室管理料：(1) ・救命救急入院料：(2) ・ハイケアユニット入院医療管理料： ・院内トリアージ実施料： ・その他：	<input checked="" type="radio"/> 有 無 <input checked="" type="radio"/> 有 無 <input checked="" type="radio"/> 有 無 有 <input checked="" type="radio"/> 無
5	クリティカルケア分野に関連する認定看護師・専門看護師数 ※ 上記該当者がいない場合のみ、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載する。	・救急看護認定看護師 <input checked="" type="radio"/> 有 (1名) 無 ・集中ケア認定看護師 <input checked="" type="radio"/> 有 (2名) 無 ・急性・重症患者看護専門看護師 <input checked="" type="radio"/> 有 (1名) 無 ・上記がない場合 実務研修指導者：	
6	自施設における特定行為研修修了者(区分)	・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連	: <input checked="" type="radio"/> 有 無 : <input checked="" type="radio"/> 有 無 : 有 <input checked="" type="radio"/> 無

3. 学会および研修会等の実績 (クリティカルケア認定分野における実績)

1) 所属職能団体及び学会に○をつける。その他の()内は記入する (*現在加入している団体のみ)	
(<input checked="" type="radio"/>) 日本看護協会	(<input checked="" type="radio"/>) 日本クリティカルケア看護学会
() 日本集中治療医学会	() 日本救急医学会
() その他 ()	() 日本臨床救急医学会
2) 学会参加状況	
学会名：日本救急看護学会(2017～)	学会名：()
学会名：()	学会名：()
3) 研究発表などの実績 (学術誌投稿など含む)	
<ul style="list-style-type: none"> ・「ICUの面会時間に関する…」、発表者、第〇回日本集中治療医学会、示説、2015 ・投稿・雑誌などの執筆：筆頭筆者名(他〇名)、タイトル名、雑誌名、巻(号)、ページ、発行年 ・講演・講師等：年月、場所(学会・学校名・対象者等)、内容(タイトル) 	

志望理由（この枠内に記載 700 字以内）

この枠内にお書きください。

他の教育機関の併願の有無（1、2のどちらかを選択してください）

1. している（差支えなければ機関名をお書きください）

（ ）

2. していない

この欄はチェックしないこと！

【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】

- 日本国の看護師免許を有する
- 上記の免許取得後、通算5年以上（入学時点で可）の実務研修を有すること
- そのうち通算3年以上、クリティカルケア部門（救急・集中治療部門等。ただし、手術室・NICUは除く）での看護実績を有すること
- 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5例以上相当した実績（生命維持装置（人工呼吸器等）を装着した患者を1例以上含む）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ことが望ましい。
- 救急蘇生（二次救命処置等）に関する知識・技術を有することが望ましい

勤務証明書

西暦 年 月 日

申請者氏名：

上記の者は当機関（施設）において、以下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

【勤務形態 非常勤（1日 ____ 時間、週 ____ 日）である】

（西暦） ____ 年 ____ 月より（西暦） ____ 年 ____ 月まで

通算 ____ 年 ____ ケ月

6か月以上研修・休職期間

通算 ____ 年 ____ ケ月

【勤務形態 常勤（1日 ____ 時間、週 ____ 日）である】

（西暦） ____ 年 ____ 月より（西暦） ____ 年 ____ 月まで

通算 ____ 年 ____ ケ月

非常勤と常勤を分け、それぞれ研修・休職期間があれば記載する。
非常勤の常勤換算は必要ありません。

6か月以上研修・休職期間

通算 ____ 年 ____ ケ月

合計通算 ____ 年 ____ 月間

2. 所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

専門看護分野の経験を中心に、配置された部署の特徴と経験年数を具体的に記入する。

【記入例】

- 循環器の急性疾患を取り扱う。主に急性心筋梗塞などの ACS、うっ血性心不全、致命的不整脈などである。緊急 CAG にも対応する。(CCU:2 年)
- 主に過大侵襲術後の患者や急性の重症疾患の発症、慢性疾患の急性増悪など生命の危機的状況にある患者を対象とする。(ICU:3 年 5 か月勤務)

機関（施設）名：

職位名※：

氏名：

印

機関（施設）所在地：

(TEL)

※ 病院長あるいは看護部長が発行してください

(様式 6)

受験番号：

推 薦 書

西暦 2020 年 10 月 ○○ 日

申請者氏名：栗田 城

上記の者は、クリティカルケア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。

【推薦理由】

原則、看護部長の職位の方が記入する。
名前は自署し、厳封して同封する。

推薦者氏名（自署）： 印

職位名※：

機関（施設）名：

機関（施設）所在地：〒

TEL：

FAX：

※ 看護部長の職位の方がご記入ください

氏名 _____

クリティカルケア 事例要約

事例 No. _____

以下の内容につき初期入力文字を含めて、1500 字以内記入してください。

① テーマ

心不全患者の〇〇〇〇のための看護介入

② 対象の概要

③ 対応を必要とした看護上の問題・課題

④ 具体的な活動内容と結果（評価を含む）

- ・ 事例に関しては、事例提供病院の管理者の了承を得る。記載の際は倫理的配慮を行い、患者が特定される記載は避けて記載する。
- ・ ご自分が実際に経験した重症患者に対する看護の中から疾病が異なる症例（看護上の問題や計画が異なること）を 3 事例、記載する。
- ・ 文字数は 1400～1800 字の間に収めること。

(様式 8)

2021 年度 公益社団法人大阪府看護協会
クリティカルケア認定看護師教育課程

写 真 票		受験 番号		
フリガナ	クリタ ジョウ			
氏 名	栗田 城			
所属施設		写真貼付 (5.0×4.0cm) 裏面に氏名を記入し、 貼付してください。		
施設名	大阪府看護協会立 城見病院			
所在地 (都道府県のみ)	大阪府			

2021 年度 公益社団法人大阪府看護協会
クリティカルケア認定看護師教育課程

受 験 票		受験 番号		
フリガナ	クリタ ジョウ			
氏 名	栗田 城			
所属施設		写真貼付 (5.0×4.0cm) 裏面に氏名を記入し、 貼付してください。		
施設名	大阪府看護協会立 城見病院			
所在地 (都道府県のみ)	大阪府			

入学検定料振込通知

郵便振込受領証のコピーを貼付

--

(様式 9)

受験番号：

入学選抜試験提出書類確認用紙

提出書類内容	様式	枚数	確認欄
入学願書	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
履歴書	2		<input type="checkbox"/>
実務研修報告書	3		<input type="checkbox"/>
志望理由	4		<input type="checkbox"/>
勤務証明書	5		<input type="checkbox"/>
推薦書	6		<input type="checkbox"/>
クリティカルケア看護事例要約 (3 事例)	7		<input type="checkbox"/>
写真票・受験票	8		<input type="checkbox"/>
入学検定料振込通知		様式 8 に 貼付	<input type="checkbox"/>
看護師免許証の写し (A 4 版縮小コピー)			<input type="checkbox"/>
受験票郵送用封筒・合否通知郵送用封筒		2	<input type="checkbox"/>
入学選抜試験提出確認用紙	9		<input type="checkbox"/>