

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

2025 年度 入学試験出願書類一式

(記入見本)

1	入学願書		様式 1
2	履歴書		様式 2
3	実務研修報告書	(1)実務研修施設歴	様式 3
4	実務研修報告書	(2)認定看護分野における実務研修施設の概要	様式 4
5	実務研修報告書	(3) 学会および研修会等の実績・志望動機	様式 5
6	勤務証明書		様式 6
7	推薦書		様式 7
8	クリティカルケア事例要約		様式 8
9	写真票・受験票		様式 9
10	入学検定料振込通知		様式 9 に貼付
11	看護師免許証の写し		A4版縮小コピー
12	特定行為研修修了証の写し		A4版縮小コピー
13	受験票郵送用封筒		
14	入学試験出願書類確認用紙		様式 10

(様式 1)

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) 2025 年 9 月〇〇日

氏名の記載は自署とする。

氏 名 (自署)

印

(西暦) 1989 年 4 月 4 日生

現住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇)

大阪府大阪市××区△△町 1-2-3

TEL : (090)9999-9999

日本看護協会非会員の場合、
こちらに○印を記載する。

履 歴 書

(西暦) 2024 年 9 月 9 日現在

写 真 貼 付 (5.0cm×4.0cm) 写真裏面に氏名を記入	日本看護協会 会員番号	1	2	3	4	5	6	7	8	非会員	
	フリガナ	ジョウ クニオ									☒ 男 ☐ 女
	氏 名	城 国男									印
	生年月日	(西暦)1989 年 4 月 4 日生 (満 36 歳)									
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	kunio-99@siromi.ne.jp				
フリガナ	オオサカフカンゴキョウリツ シロミビョウイン								病床数	350 床	
所属機関 名 称	大阪府看護協立 城見病院								看護体制	7対1	
設置主体	(10) *「出願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) 2011 年 4 月 10 日					第 1234567 号					
特定行為研修 修了の有無	有 ・ ☒ 無					受験者本人の特定行為研修 修了の有無を選択する					
学 歴 (高等学校卒業から記入)											
(西暦) 2007 年 3 月	大阪市立 城見学園 高等学校卒業										
2008 年 4 月から 2011 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)											
2007 年 4 月から 2008 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（※受験者の経歴を記載する）

1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、所属部署名、職位）

期 間（月数）		所属施設名	所属部署名	職位
2011 年 4 月から 2012 年 3 月まで	12 ヶ月	医療法人玉造会 天下茶屋中央病院	外科病棟	スタッフ
2012 年 4 月から 2014 年 10 月まで	31 ヶ月	医療法人玉造会 天下茶屋中央病院	内科病棟	スタッフ
2014 年 11 月から 2016 年 3 月まで	17 ヶ月	大阪府看護協立 桃谷病院	手術室	スタッフ
2016 年 4 月から 2018 年 3 月まで	24 ヶ月	大阪府看護協立 城見病院	CCU	スタッフ
2018 年 4 月から 2019 年 7 月まで	16 ヶ月	大阪府看護協立 城見病院	ICU	主任
2019 年 8 月から 2024 年 8 月まで	61 ヶ月	大阪府看護協立 城見病院	初療室	副師長
年 月から 年 月まで	ヶ月			
合 計		161 ヶ月（13 年 5 ヶ月） * 2024 年 8 月末日現在		

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、所属部署名、職位）

所属部署名は、救急外科病棟・ICU・HCU・CCU などクリティカルケア部門

月数の計算ミスが多いので、必ず確認すること。開始月・終了月を含むことに注意する。

期 間（月数）		所属施設名	所属署名	職位
2016 年 4 月から 2018 年 3 月まで	24 ヶ月	大阪府看護協立 城見病院	CCU	スタッフ
2018 年 4 月から 2019 年 7 月まで	16 ヶ月	大阪府看護協立 城見病院	ICU	主任
2019 年 8 月から 2024 年 8 月まで	61 ヶ月	大阪府看護協立 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		101 ヶ月（8 年 5 ヶ月） * 2024 年 8 月末日現在		

2. 認定看護分野における実務研修施設の概要

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。

*施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する（様式をコピーして、記載する）

*下記 6.7 に関しては、現在の所属施設について記載する

*下記 7 に関して、自施設で実施が不可能の場合、連携のとれる協力施設を確保すること。協力施設名を記載する

1	施設名称	大阪府看護協立 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	クリティカルケア分野の治療部門の有無	・救急外来：有 無 ・ICU：有 無 ・その他：救命 ICU ・救急病棟：有 無 ・CCU：有 無	
4	クリティカルケア分野における診療報酬の有無	・特定集中治療室管理料：有 無 ・救命救急入院料：有 無 ・呼吸ケアチーム加算：有 無 ・院内トリアージ実施料：有 無 ・夜間休日救急搬送医学管理料：有 無 ・早期離床、リハビリテーション加算：有 無 ・重症患者対応体制強化加算：有 無 ・重症患者搬送加算：有 無 ・持続的難治性下痢便ドレナージ加算：有 無	
5	クリティカルケア分野の認定看護師・専門看護師数 ※ 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載する。	・クリティカルケア認定看護師：有（ 名）無 ・救急看護認定看護師：有（ 1 名）無 ・集中ケア認定看護師：有（ 2 名）無 ・急性・重症患者看護専門看護師：有（ 1 名）無 ・小児救急看護認定看護師：有（ 名）無 ・いずれも無の場合： 実務研修指導者：	
6	未経験領域(ICU・救急初療・トリアージ)のある方は、合格後、入学までに自施設での研修実施の可不可	・自施設での事前研修：可能 不可	
7	特定行為臨地実習が自施設で実施の可不可 ・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	・自施設実習：可能 連携協力施設名 不可能（ 大阪看護大学病院 ）	

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

3-1) 主な研修内容（クリティカルケア領域における研修会等への参加）

例) 2019 年 7 月 日本クリティカルケア学会主催 ○○セミナー受講
2021 年 6 月 日本救急看護学会主催 WEB 版 外傷セミナー受講

3-2) 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）

例) 「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、2016.
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）

この枠内に記載すること
枠のサイズ変更は不可とする

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

(様式 6)

勤務証明書

記入日 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。

常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(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	通算非常勤勤務期間
	(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

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載する。

【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、致死的不整脈などである。緊急 CAG にも対応する。(CCU:2 年勤務)
- 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すること。

推 薦 書

西暦 2024 年 9 月〇〇日

申請者氏名： 城 国男

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載する。
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記入すること。

氏名 _____

事例 No. _____

クリティカルケア 事例要約

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

※枠内の収まるように記載すること。枠のサイズ変更不可とする。必要に応じて文字ポイントを小さくして入力すること
※1 事例目以降はこの用紙をコピーして記入してください

(様式 9)

2025 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	ジョウ クニオ
氏 名	城 国男
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	

2025 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	ジョウ クニオ
氏 名	城 国男
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

--

入学試験出願書類 確認用紙

書類内容	様式	枚数	確認欄
入学願書	1	1	☒
履歴書	2	1	☒
実務研修報告書 (1) 実務研修施設歴	3	1	☒
実務研修報告書 (2) 認定分野における実務研修施設の概要	4	1	☒
実務研修報告書 (3) 学会および研修会等の実績 志望動機	5	1	☒
勤務証明書	6	1	☒
推薦書	7	1	☒
クリティカルケア事例要約 (2 事例)	8	2	☒
写真票・受験票	9	1	☒
入学検定料振込通知		様式 9 に 貼付	☒
看護師免許証の写し (A 4 版縮小コピー)		1	☒
特定行為研修修了証の写し (A 4 版縮小コピー) ※特定行為修了者のみ		0	☒
受験票郵送用封筒		1	☒
入学試験出願書類確認用紙	10	1	☒