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

2026年度 入学試験出願書類一式

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 入学願書 |  | | 様式1 |
| 2 | 履歴書 |  | | 様式2 |
| 3 | 実務研修報告書 | （1）実務研修施設歴 | | 様式3 |
| 4 | （2）認定看護分野における実務研修施設の概要 | | 様式4 |
| 5 | （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 | 入学試験出願書類等 確認用紙　　※入学検定料振込日を記載 | | | 様式10 |
| 11 | 看護師免許証の写し | | Ａ４版縮小コピー | |
| 12 | 受験票郵送用封筒 | | | |
| 13 | 特定行為研修修了証の写し | | Ａ４版縮小コピー | |

（様式1）2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

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）　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　氏　名（自署）　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　年　　　月　　　日生

　　　　　　　　　　　　　　　　　現住所（〒　　‐　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

（様式2) 2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

　　　　　履　歴　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日本看護協会会員番号 |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  | 非会員 | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 性別 | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ    写 真 貼 付  （縦4cm×横3cm）  写真裏面に  氏名を記入 |  | | | | | | | 携帯電話 | | |  | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | 病床数 | | | 床 |
| 所属施設  名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 看護体制 | | | 対１ |
| 設置主体 | （　　　）　\*「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 | | | | | | | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | | ＴＥＬ | | | |  | | | | | | |
| ＦＡＸ | | | |  | | | | | | |
| 看護師免許取得年月日 | | | (西暦)　　　　年　　月　　日 | | | | | 第　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | |
| 特定行為研修　　　　　修了の有無 | | | 有　　・　　無 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 学　　歴　（高等学校卒業から記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （西暦）  年3月 | | 高等学校卒業 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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入、准看護師経歴も含む） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月から  年 月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月から  年 月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月から  年 月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

（様式3）2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

**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）

**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 |
| 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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 合　　　　計 | | ヶ月（　　年　　ヶ月） | ＊2025年8月末日現在 | |

**1－2）クリティカルケア分野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、救急外来・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よう記入する

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　間（月数） | | 所属施設名 | 所属部署名 | 職位 |
| 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 |  |  |  |
| 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 | | ヶ月（　　年　　ヶ月） | ＊2025年8月末日現在 | |

（様式4）2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

**２．認定看護分野における実務研修施設の概要**

＊施設が複数の場合、施設ごとに実績を記入する（様式をコピーして、記入する）

　　　＊下記6.7に関しては、現在の所属施設について記入する

＊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。協力施設名を記入する

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 施設名称 |  |
| 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：　　　名/年　　・救急入院患者：　　　　名/年  ・ICU入院患者：　　　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　　　　 ・救急病棟：　有　　無  ・ICU　：　有　　無　　　　　　・CCU　：　有　　無  ・その他　： |
| 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入する。 | ・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（　　　名）　無  ・集中ケア認定看護師：　　　　　　 有（　　　名）　無  ・急性・重症患者看護専門看護師：　 有（　　　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　　　　不可能 |
| 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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（様式5）2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

**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） |
| 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） |

**志望理由**（この枠内に記入　）

|  |
| --- |
|  |
| 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）2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

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 |

※通算常勤（非常勤）勤務期間は、休職期間を除く

○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。

（様式7）2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

推薦書

西暦　　　　年　　月　　日

申請者氏名：

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

十分に充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】

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。

（様式8）2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

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） |
|  |
| 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入する。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。

※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）2026年度

2026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 |  | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 所属施設 | | 写真（縦4cm×横3cm）  裏面に氏名を  記入し、貼付する。 | | |
| 施設名 | |
| 所在地（都道府県のみ） | |

2026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 |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 所属施設 | | 写真（縦4cm×横3cm）  裏面に氏名を  記入し、貼付する。 | |
| 施設名 | |
| 所在地（都道府県のみ） | |

(様式10) 2026年度

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

入学試験出願書類等 確認用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類内容 | 様式 | 枚数 | 確認欄 |
| 入学願書 | 1 |  | □ |
| 履歴書 | 2 |  | □ |
| 実務研修報告書  (1)実務研修施設歴 | 3 |  | □ |
| 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 |  | □ |
| 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 |  | □ |
| 勤務証明書 | 6 |  | □ |
| 推薦書 | 7 |  | □ |
| クリティカルケア事例要約（2事例） | 8 |  | □ |
| 写真票・受験票 | 9 |  | □ |
| 入学検定料振込日 | 月　 　　　日 | | □ |
| 看護師免許証の写し（A4版縮小コピー） |  |  | □ |
| 特定行為研修修了証の写し(A4版縮小コピー)  ※特定行為修了者のみ |  |  | □ |
| 受験票郵送用封筒(460円切手貼付、住所・氏名記入) |  |  | □ |
| 入学試験出願書類等 確認用紙 | 10 |  | □ |