（様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

入　学　願　書

川崎医療福祉大学

　学長　　椿 原　彰 夫　殿

私は、川崎医療福祉大学 看護実践・キャリアサポートセンター 認定看護師教育課程（心不全看護分野）へ入学したく、ここに関係書類を添えて申請します。

令和　　　　　年　　　月　　　日

（自署）

（和暦）　　　　　年　　　月　　　日生

現住所　　〒

電話

(様式２-１)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

写 真 貼 付

（４cm×３cm）

写真裏面に記名

カラー・白黒

いずれも可

**履 　歴 　書**

　　令和 　 年 　 月 　 日　現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 男・女 |
| 氏　名 |  | | ㊞ |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（満　　　　歳） | | |
| ふりがな |  | | | | 携帯電話番号 ( ） －  メールアドレスPC用)  　　　　　@ | |
| 現住所 | 〒  　自宅電話番号（　　　　）　　　－ | | | |
| ふりがな |  | | | | 【病床数】  床 | |
| 所　属  機関名 |  | | | |
| 設置主体 | （　　　　　）＊「出願書類（所定様式）の記入にあたって」の中から該当番号を記入 | | | | | |
| 所属機関  住　　所 | 〒 | | | | 電話番号 （ ） －  所属病棟もしくは内線番号 （　　　　　　　　　　　）  FAX番号 （ ） － | |
| 免許取得 年月日 | （保健師） 　 　 年 　 月　　 日  （助産師）　　　　　　年　　 月　　 日  （看護師）　　　　 年　　 月　　 日 | | | | 号  　　　　　　　　　　　号  　　　　　　　　　　　号 | |
| 学　　歴（高校卒業時から記入） | | | | | | |
| 年 　 月 | |  | | | | |
| 年 　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |

(様式２-２)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　歴（看護師免許取得以降、所属機関名・所属部署名・職位を明記） | |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 看護の実務経験期間(通算) | か月間（ 年 か月）　＊令和６年８月31日現在 |
| 上記中における専門分野の実務経験（所属機関名・所属部署名・職位を明記） | |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年　 月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年　 月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 専門分野での実務経験期間(通算) | か月間（ 　　年 　 か月）　＊令和６年８月31日現在 |

（様式２-３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

|  |  |
| --- | --- |
| 心不全の増悪期から回復期にある患者の看護を５例以上担当した実績 | 有　　　　　　無 |
| 救急蘇生（二次救命処置等）に関する研修受講歴　※院内研修も含む | 有　　　　　　無 |
| 取得している資格と資格取得年 | |
| 学会及び研究発表等の実績 | |
| 志望理由 | |

（様式３-１**心不全看護**）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

施　設　概　要

現在勤務している施設の概要を記載してください。

* + 直近１年間の実績、人数、件数等を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 施設名 |  |
| ２ | 心不全患者に関連する年間症例数 | 外来患者数 　　　　　 　　/年  入院患者数 　　　　　 　　/年 |
| ３ | 当該分野認定看護師と当該分野に関連する認定看護師及び専門看護師数、心臓リハビリテーション療養士数 | 慢性心不全看護認定看護師　：　（　　　　）人  心不全看護認定看護師　：　（　　　　）人  慢性疾患看護専門看護師　：　（　　　　）　人  急性・重症患者看護専門看護師　：　（　　　　）人  心臓リハビリテーション指導士　：　（　　　　）人  心不全療養指導士　：　（　　　　）人 |
| ４ | 専門医または認定医数 | 循環器領域の専門医数：　（　　　　）人  循環器領域の認定医数：　（　　　　）人 |
| ５ | 専門外来や専門病棟 | ＣＣＵ　：　有　・　無　　有の場合：　（　　　　　）床  心不全外来　：　有　・　無  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６ | 当該分野に関連した専門チーム | 心不全チーム　：　有　・　無  心臓リハビリテーションチーム：　有　・　無  心不全緩和チーム　：　有　・　無  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７ | 心臓リハビリテーションの実施 | 有　　　　症例数（　　　　　　　　　/年）　　　　無 |
| ８ | 特定行為研修修了者の有無 | 有　　　　　　　　　　　　　　　無 |

【循環器領域の専門医・認定医　例】

・日本循環器学会認定循環器専門医　　　　　　　　　・日本超音波医学会認定超音波専門医

・日本心血管インターベンション治療学会認定医　　　・日本脈管学会認定脈管専門医

・日本救急医学会認定救急科専門医　　　　　　　　　・日本高血圧学会専門医・指導医　　等

（様式３-２**心不全看護**）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

心不全看護事例報告書

氏名：

１文字10.5pt、適正な行間で記述し、１枚にまとめること（各項目の文量については自由に配分）

|  |
| --- |
| 【患者状況】（患者プロフィール・症状・診断名・治療・経過など）  【看護上の問題点とそれらの根拠】  【看護上の目標】  【看護の実際と評価】 |

※個人や施設が特定できないよう、記号を用いるなど配慮すること。

（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

勤務証明書

記入日　 　令和　　　　年 　　　月　　 　日

申請者氏名：

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もしくはしたことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務期間 | 勤務期間 | | 休業・休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （和暦） 　　　　 年　　　月～ | （和暦） 　　　　 年　　　月 | 年　　　　か月 | 年　　　　か月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間 | | 休業・休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （和暦） 　　　　 年　　　月～ | （和暦） 　　　　 年　　　月 | 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 ：

職位名及び氏名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

機関（施設）所在地 ：

機関電話番号 ：

＊人事課（病院長名）の方がご記入下さい。

（様式５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

推薦書

令和　　　　年 　　　月　　 　日

申請者氏名：

上記の者は、認定看護師教育課程（心不全看護分野）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】（被推薦者の看護実践能力及び認定看護師教育課程修了後の配置予定や期待される役割等を具

体的にご記入ください。）

推薦者氏名（自署） ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

機関（施設）名 ： 　　　　　　　　　　　　　　　　職位（名） ：

機関（施設）所在地 ：

機関電話番号 ：

＊看護部長の職位の方がご記入下さい。

（様式６）

写真票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分野 | 心不全看護 | |
| ※受験番号 |  | |
| ふりがな |  | 男  ・  女 |
| 氏名 |  |

|  |
| --- |
| 写 真 貼 付  （４cm×３cm）  写真裏面に記名  カラー・白黒  いずれも可 |

川崎医療福祉大学 看護実践・キャリアサポートセンター

（様式７）

特定行為研修履修免除願

川崎医療福祉大学

看護実践・キャリアサポートセンター

センター長　山田　佐登美　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　（自筆）

　下記の共通科目並びに区分別科目の履修免除について、修了証とシラバスを添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目等 | 教育機関名 | 修了認定日 |
| 共通科目 |  |  |
| 区分名 |  |  |
| 区分名 |  |  |
| 区分名 |  |  |
| 区分名 |  |  |
| 区分名 |  |  |

※修了証（写し）並びにシラバスを添付すること

（参考様式：所属施設等による振込処理で利用明細書等が発行できない場合のみ）

支払証明書

受験者名 ○○　○○

日中の連絡先 ○○○○病院○○課（担当者：○○）

×××-×××-××××（内線×××）

振込金額 入学検定料　50,000円

振込人名義 ○○○○ビョウイン

振込年月日 令和○年○月○日

上記のとおり証明します。

　令和○年○月○日

○○○○病院

院長　○○　○○　印

（様式８）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

入学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 |  | □ |
| 履歴書 | ２ |  | □ |
| 施設概要 | ３-１ |  | □ |
| 事例報告書（１事例） | ３-２ |  | □ |
| 勤務証明書 | ４ |  | □ |
| 推薦書 | ５ |  | □ |
| 写真票 | ６ |  | □ |
| 入学検定料振込証明 |  |  | □ |
| 看護師免許証の写し（Ａ４版縮小コピー） |  |  | □ |
| 郵便はがき |  |  | □ |
| 特定行為研修履修免除願 （該当者のみ）  ※修了証（写し）並びにシラバスを添付 | ７他 |  | □ |
| 入学試験提出確認用紙 | ８ |  | □ |