〈呼吸器疾患看護分野〉

様　　式

様式１

受験番号	※ RN

入　学　願　書

福井大学大学院医学系研究科附属
地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門長　殿

私は，福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門認定看護師教育課程 B 課程「呼吸器疾患看護」に入学したいので，ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　年　　月　　日

現住所
（〒　　－　　）

氏　名（ふりがな）（自署）

㊞

西暦　　年　　月　　日生

注）※印欄は記入しないでください。

様式２

受験番号	※RN

履　　歴　　書

（西暦）　　年　　月　　日現在

ふりがな 氏　　名		男　・　女	写真貼付欄 カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前３か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生（満　　歳）		
ふりがな 現住所	〒　　－ TEL 自宅：　　－　　－ 携帯：　　－　　－		
勤務先 所属機関	ふりがな 名　称		所属部署
	設置主体		病床数　　床
	所在地	〒　　－ TEL　　－　　－	
看護師免許証登録年月日	看護師　（西暦）　　年　　月　　日（　　号）		

学　　歴　（高等学校卒業時から記入）	
（西暦）　　年　　月	

職　歴（看護師免許取得以降，部署名，職位を含む）	
（西暦） 年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	

注１）※印欄は記入しないでください。
注２）勤務先所属機関の名称及び設置主体については，正式名称（独立行政法人○○○機構，○○県，医療法人○○会等）を記入してください。また，病床数は，病院全体の数を記入してください。
注３）学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

様式３

受験番号	※ RN

志 願 理 由 書

氏　名

注１）※印欄は，記入しないでください。
注２）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折り畳んだり，用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。
注３）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式４

受験番号	※ RN

実務研修報告書

1．実務研修期間および内容について

※**教育機関入学までの職歴**を記載してください。

1）呼吸器疾患看護分野における看護実務研修期間

年（西暦）	月	～	年	月	期　間	所属施設名	実務研修部署（診療科）	職位
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
				①合計	年　　ヶ月			

2）呼吸器疾患看護分野以外での看護実務研修期間

年（西暦）	月	～	年	月	期　間	所属施設名	職位
		～			年　　ヶ月		
		～			年　　ヶ月		
		～			年　　ヶ月		
		～			年　　ヶ月		
				②合計	年　　ヶ月		

3）看護実務研修期間の確認

①（3 年以上）	②	①+②（5 年以上）
年　　ヶ月	年　　ヶ月	年　　ヶ月

2．認定看護分野に関連する看護実務研修施設の内容

※呼吸器疾患看護分野の実務研修期間（最低３年）における所属施設での症例について記載する。

1）	施設名	
2）	①呼吸器疾患看護分野に関連する年間症例数（入院・外来を含む延べ人数） ②そのうち，自分自身が関わった IPPV・TPPV・NPPV に関連した症例数	①　　症例／年 ②IPPV：　　症例／年 TPPV：　　症例／年 NPPV：　　症例／年

※【教育機関チェック欄】

- □　上記の実務研修期間のうち呼吸障害を持つ患者が多い部署での看護実績を３年以上していること。
- □　呼吸障害のある患者の看護を５例以上担当していること。
- □　現在，呼吸障害を持つ患者の看護に携わっていることが望ましい。

様式５

受験番号	※ RN

看護事例報告書

【事例】

実務経験の中でもっとも関わりの深かった１事例に関して，以下の内容についてまとめて記載する。

受持ち期間：　　年　　月　～　　年　　月

テーマ：

《看護の展開》
１．基本情報とアセスメント　２．看護問題　３．看護目標と計画　４．実施結果　５．評価

注）Ａ４サイズ１枚におさめてください。
※印欄は，記入しないでください。

様式６

受験番号	※ RN

勤　務　証　明　書

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．在職期間

在　職　期　間 ＊休職期間を除いた期間を記入	所　属　部　署 ＊該当するものに○をし，診療科がわかるように（　　）内に記入	勤務形態 （どちらかに○）
（西暦） 年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤

通算＿＿＿＿年＿＿＿月間（うち，呼吸器疾患看護に従事した期間　＿＿＿＿年＿＿＿月間）

休職等特記事項：

２．所属部署の具体的な特徴・主な症例等

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり相違ないことを証明します。

西暦　　年　　月　　日

機関（施設）名

所在地

職　位

氏　名　　印

注）※印欄は，記入しないでください。

様式７

受験番号	※ RN

推　　薦　　書

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は，認定看護師教育課程 B 課程「呼吸器疾患看護」の研修生として，専門教育を受ける要件を十分に充たしていると評価し，ここに推薦いたします。

推薦理由

西暦　　年　　月　　日

機関（施設）名

所在地

職　位

推薦者氏名（自署）　　印

注１）※印欄は，記入しないでください。
注２）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折りたたんだり，用紙をはみ出して貼付しないでください。
注３）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式８

受験番号	※ RN

自 施 設 情 報

関連病院の場合は施設名を記入＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

区分別科目名	特 定 行 為 名	症例数／月 ※5 症例以上必要です	該当するものに☑する。 ①自施設に特定行為区分の実習が行える医師の指導者がいる	②自施設に特定行為区分の実習が行える看護職の指導者がいる	③自施設に特定行為研修修了者がいる
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		□	□	□
	脱水症状に対する輸液による補正				
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ※手術室での症例は原則含みません	侵襲的陽圧換気の設定の変更		□	□	□
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更				
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整				
	人工呼吸器からの離脱				

※特定行為研修の症例数については，各行為ごとに記載する。
※特定行為研修の臨地実習は原則自施設での研修とし，特定行為 1 行為につき，5 症例以上を必要とする。自施設での実習や症例の確保が困難な場合は，関連病院施設など，協力施設の情報を記載すること。
※実習の指導者には必ず医師が含まれていること。指導者とは，医師の指導者は，7 年以上の臨床経験があり臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は，特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師，認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

注）※印欄は，記入しないでください。

様式９

受験番号	※ RN

令和　　年　　月　　日

既修得科目履修免除申請書

福井大学大学院医学系研究科附属
地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門長　殿

申請者氏名（ふりがな）（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は，看護師特定行為研修において，以下の科目を既に受講修了しているため，修了証及び履修した科目のシラバスを添えて既修得科目の履修免除を申請します。

記

履修免除を申請する既修得科目（該当する科目の「履修免除申請」欄に〇を記入してください。）

科目名	履修免除申請
共通科目	
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	
平成 22 年度及び 23 年度特定看護師（仮称）養成調査試行事業における研修	
平成 24 年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修の病態生理学，フィジカルアセスメント，臨床薬理学	

令和８年度
認定看護師教育課程「呼吸器疾患看護」

受　験　票

受験番号	※ RN

ふりがな		写真貼付欄 カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前３か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
氏　　名		
【試験日程】 令和７年 11 月 17 日(月) 9:30～10:30　小論文 11:00～　　面　接 【試験場】 福井大学医学部看護学科棟２階第２講義室		

注）※印欄は記入しないでください。

令和８年度
認定看護師教育課程「呼吸器疾患看護」

写　真　票

受験番号	※ RN

ふりがな		写真貼付欄 受験票と同一の写真を全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
氏　　名		
所属施設名		
所在地 （都道府県名のみ）		

注）※印欄は記入しないでください。