

<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。

すべて自筆で記入してください。

現住所
(〒**910-1193**)

西暦 ○ 年○月○日

福井県坂井市丸岡町新鳴鹿 2-100

(ふりがな)
氏 名 (自署)

ふくい たろう
福井 太郎

⑩

西暦 **1979** 年 **10** 月 **31** 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) 20〇年 11 月 10 日現在

ふりがな 氏 名	ふくい たろう 福井 太郎		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 cm×横 3 cm *写真裏面に記名
生年月日	(西暦) 1979 年 10 月 31 日生 (満 35 歳)			
ふりがな 現 住 所	〒910-1193 福井県坂井市丸岡町新鳴鹿 2-100			
TEL 自宅: 0776-11-1111 携帯: 090-111-1111				
福井大学医学部附属病院			所属部署 看護部	
国立大学法人			病床数 600 床	
所属機関	所在地	〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3 TEL - -		
免許取得年月日	看護師 (西暦) 2001 年 4 月 1 日 (111111 号)			
学 歴 (高等学校卒業時から記入)				
(西暦) 1997 年 3 月	福井高校 卒業			
1997 年 4 月	福井大学医学部看護学科 入学			
2001 年 3 月	福井大学医学部看護学科 卒業			
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。				
職 歴 (看護師免許取得以降，部署名，職位を含む)				
(西暦) 2001 年 4 月～ 2004 年 3 月	福井県立病院 呼吸器内科病棟 看護師			
2004 年 4 月～ 20〇年 11 月現在	福井大学医学部附属病院 呼吸器内科外来 看護師			
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（独立行政法人〇〇〇機構，〇〇県，医療法人〇〇会等）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。

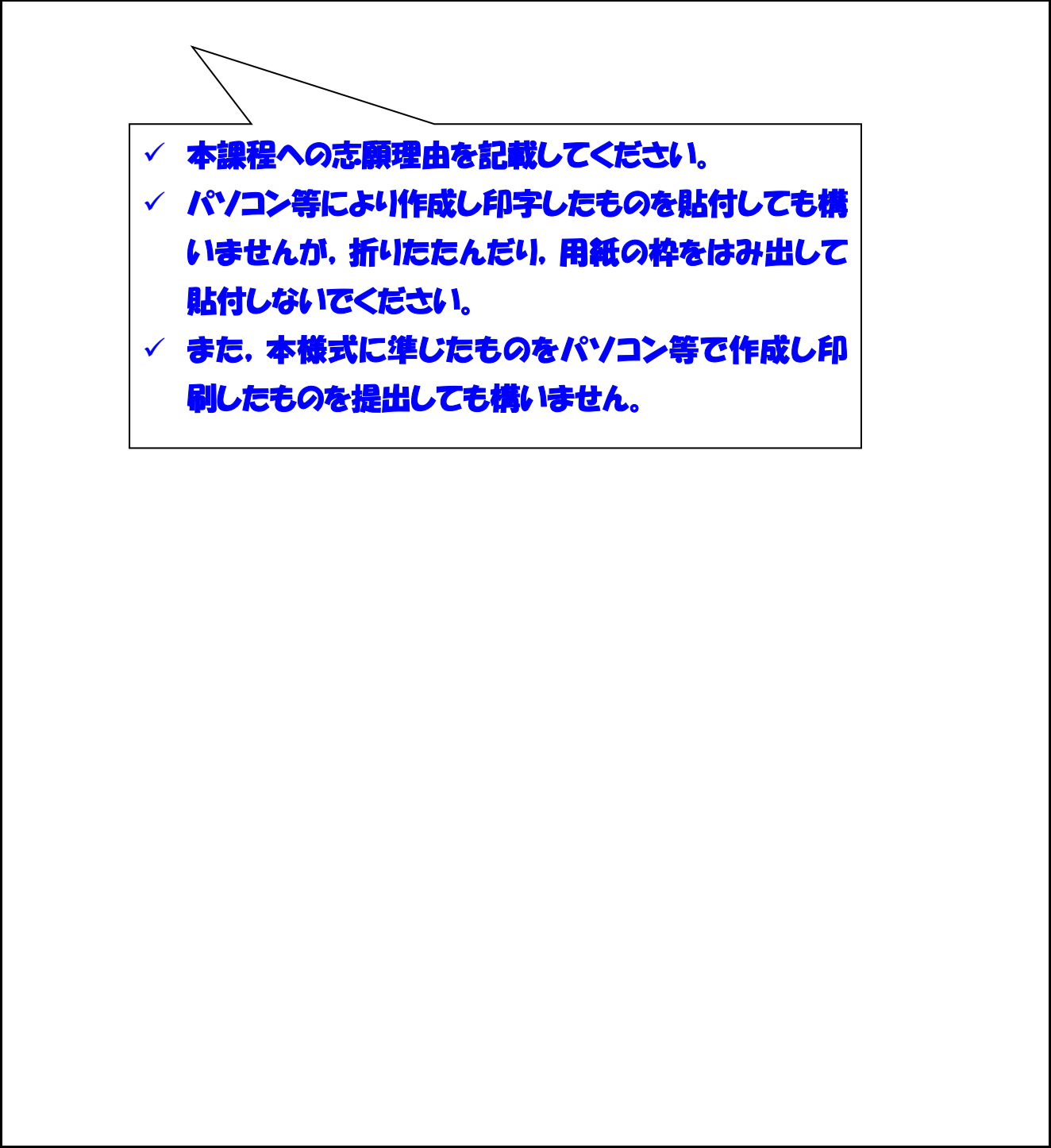
注3) 学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

様式3

受験番号	※ RN
------	------

志 願 理 由 書

氏 名 福井 太郎

- 
- ✓ **本課程への志願理由を記載してください。**
 - ✓ **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、用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。**
 - ✓ **また、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。**

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

実務研修とは、実務経験を指します。所属施設名は正式名称を、また、実務研修部署名は当該認定看護分野との関連がわかるように記入してください。

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。
※フルタイム勤務でない場合は、1800 時間以上の勤務時間を 1 年相当とみなす。

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
2001	4	～	2003	3	2 年 0 ヶ月	福井県立病院	呼吸器内科病棟	スタッフナース
2003	4	～	2004	3	1 年 0 ヶ月	福井県立病院	呼吸器内科病棟	スタッフナース
2011	4	～	2019	3	4 年 2 ヶ月	福井大学医学部 附属病院	呼吸器内科病棟	看護師長
		～			年 月			
		～			年 月			

①合計 7 年 2 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
2004	4	～	2010	3	*4 年 0 ヶ月	福井大学医学部附属病院	主任看護師
		～			年 月		
		～			年 月		
		～			年 月		

②合計 4 年 0 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)
7 年 2 ヶ月	4 年 0 ヶ月	11 年 2 ヶ月

2. 認定看護分野に関連する

※呼吸器疾患看護分野の実務研修期間中の症例について記載する。

1)	施設名	慢性閉塞性肺疾患患者、慢性拘束性肺疾患患者、呼吸器感染症患者数、その他慢性呼吸器疾患患者数	福井大学医学部附属病院
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 1000 症例／年 ② IPPV : 10 症例／年 TPPV : 10 症例／年 NPPV : 10 症例／年	

※【教育機関チェック欄】

- ☐ 免許取得後、通算 5 年以上実務研修をしていること。
- ☐ 上記の実務研修期間のうち呼吸器領域での実務研修を 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。

注) ※印欄は、記入しないでください。

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

- ✓ **実務経験の中で一番関わりが深かった対象者を一人選び、まとめてください(A4サイズ1枚におさめてください)。**
- ✓ **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、折いたたたき、用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。**
- ✓ **また、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。**

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

出願資格を証明する機関(看護部長の職位に相当する方)が作成したものに限り、
現在の所属施設だけでは「通算5年以上の実務経験」を満たさない場合は、用紙をコピーし、以前の所属施設の証明も受けてください。

受験番号

※

勤務証明書

氏 名

福井 太郎

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) 2004 年 4 月 1 日～2006 年 3 月 31 日	外来 病棟・その他 診療科 (外科病棟)	常勤・非常勤
2008 年 4 月 1 日～2010 年 3 月 31 日	外来 病棟・その他 診療科 (外科病棟)	常勤・非常勤
2011 年 4 月 1 日～2011 年 11 月 30 日	外来 病棟・その他 診療科 (呼吸器内科病棟)	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 7 年 8 月間 (うち、呼吸器疾患看護に従事した期間 3 年 8 月間)

休職等特記事項: 2006 年 4 月から 2008 年 3 月、および 2010 年 4 月から 2011 年 3 月の期間は
産休および育休。

2. 所属部署の具体的な特徴・主な症例等

2004 年から 2010 年に勤務した外科病棟では、主に胸部外科患者のケアに従事した。

主な疾患は、肺がん、心筋梗塞、心臓バイパス手術患者である。

2011 年から現在勤務している呼吸器内科病棟では、主に呼吸器・循環器疾患患者

のケアに従事した。主な疾患は、慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

西暦 2011 年 10 月 31 日

機関 (施設) 名 福井大学医学部附属病院

所在地 福井県吉田郡永平寺町 〇〇〇

職 位 看護部長

氏 名 永平寺 花子

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満たしていると評価し、ここに推薦いたします。

推薦理由

- ✓ 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。
- ✓ 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。
- ✓ 看護部長に相当する職位の方が作成、自署したものに限ります。

西暦 年 月 日

機関（施設）名 **福井大学医学部附属病院**

所在地 **福井県吉田郡永平寺町〇〇〇**

職 位 **看護部長**

推薦者氏名（自署） **永平寺 花子**



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

自施設での症例が取れない場合は関連病院等の施設名を記入。
症例が 1 施設で取れない場合は、関連病院ごとに施設名を記入してください。(様式 8 をコピー)

受験番号 ※ RN

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	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
実習の指導者には必ず医師が含まれていることが必要。					
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	30	☑	☐	☐
	・ 脱水症状に対する輸液による補正	50			
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 <u>※手術室での症例は原則含みません</u>	・ 侵襲的陽圧換気の設定の変更	10	☑	☐	☐
	・ 非侵襲的陽圧換気の設定の変更	10			
	・ 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	10			
	・ 人工呼吸器からの離脱	10			

全て 5 症例以上が必要

※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

該当者のみ

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^{ふりがな}氏 名 (自署) 福井 太郎

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○を記入してください。）

科目名	履修免除申請
共通科目	
☐ 全科目受講修了	
☒ 一部の科目のみ修了 科目名 ・臨床病態生理学 ・臨床推論 ・フィジカルアセスメント	○
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	

令和〇年度
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	ふくい たろう		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 cm×横3 cm *写真裏面に記名
氏 名	福井 太郎		
試験日程】 令和〇年〇月〇日(〇) 〇:〇～〇:〇 小論文 〇:〇～ 面接 【試験場】 福井大学医学部看護学科棟〇階第〇講義室			

注) ※印欄は記入しないでください。

令和〇年度
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	ふくい たろう		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 cm×横3 cm *写真裏面に記名
氏 名	福井 太郎		
所属施設名	福井大学医学部附属病院		
所在地 (都道府県名のみ)	福井県		

注) ※印欄は記入しないでください。