

(様式1)

※ 受験番号

(記入不要)

申請者氏名

願 書

鳥取大学医学部附属病院
医療スタッフ研修センター長 殿

私は、鳥取大学医学部附属病院医療スタッフ研修センター認定看護師（がん化学療法看護）教育課程において研修を受けたく、ここに必要書類を添えて申請いたします。

年 月 日

ふりがな
氏名

印

年 月 日 生

ふりがな

現住所（〒 ー ）

TEL（ ）

申請者氏名

履 歴 書

氏名		ふりがな				写真貼付 正面上半身 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名		
生年月日		西暦	年	月	日生		年齢	歳
現住所	〒						-	
							TEL ()	
合格通知等送付先		〒					-	
現在の勤務先		〒					-	
<input type="checkbox"/> 保健師	取得年月日	年	月	日	免許番号			
<input type="checkbox"/> 助産師	取得年月日	年	月	日	免許番号			
<input type="checkbox"/> 看護師	取得年月日	年	月	日	免許番号			
学 歴								
(高等学校以降、最終学歴まで記入すること。在学中も含む)								
(西暦)	年	月	～	年	月			
(西暦)	年	月	～	年	月			
(西暦)	年	月	～	年	月			
(西暦)	年	月	～	年	月			
(西暦)	年	月	～	年	月			
職 歴								
(職名も記入すること。現職も含む)								
(西暦)	年	月	～	年	月			
(西暦)	年	月	～	年	月			
(西暦)	年	月	～	年	月			
(西暦)	年	月	～	年	月			
(西暦)	年	月	～	年	月			

注1. 楷書で正確に記入する

注2. 数字はすべて算用数字で記入する

注3. がん化学療法に関する看護の経歴がわかるように記入する

*コピーして使用する

(様式3)

※ 受験番号

(記入不要)

申請者氏名

志 望 理 由 書

1. 志 望 理 由

2. 学会および研究会発表等の業績について

*コピーして使用する

申請者氏名 _____

実務研修報告書

1. 実務研修施設 (受験申請者の経歴を記入する)

全実務研修期間および実務研修施設名 (所属施設名、職位)	
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 職位：
合 計	年 カ月間

うち認定看護分野歴 (所属施設名、所属部署名、職位)	
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
(西暦) 年 月～ 年 月 (年 カ月)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合 計	年 カ月間

*コピーして使用する

申請者氏名

2. 認定看護分野における実務研修施設 概要

施設が複数の場合、施設ごとに記入する。(3施設以上の場合、様式をコピー)

がん化学療法看護分野における実績：施設名 ()

がん化学療法患者の年間症例数	約 () 例/年
施設の当該分野における診療加算の有無 (○で囲む) 「がん診療連携拠点病院加算」 「外来化学療法加算」 「緩和ケア加算」 「リンパ浮腫指導管理料」 上記がいずれも無の場合「がん化学療法に係るチーム設置」	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無
当該分野の認定看護師および当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野名称とその人数	がん化学療法看護認定看護師 (名) 関連する認定看護師・専門看護師 (名) () (名) () (名) () (名) () (名) () (名)
上記該当者がいない場合、受験申請者自身が該当分野の実務研修において主に指導を受けた人の職位(職名)	()

がん化学療法看護分野における実績：施設名 ()

がん化学療法患者の年間症例数	約 () 例/年
施設の当該分野における診療加算の有無 (○で囲む) 「がん診療連携拠点病院加算」 「外来化学療法加算」 「緩和ケア加算」 「リンパ浮腫指導管理料」 上記がいずれも無の場合「がん化学療法に係るチーム設置」	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無
当該分野の認定看護師および当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野名称とその人数	がん化学療法看護認定看護師 (名) 関連する認定看護師・専門看護師 (名) () (名) () (名) () (名) () (名) () (名)
上記該当者がいない場合、受験申請者自身が該当分野の実務研修において主に指導を受けた人の職位(職名)	()

3. 実務研修の実績

認定看護師分野実務歴に記入した期間において、がん化学療法患者の看護を担当した事例数

(概算)：通算 () 例 *継続的・中心的に患者に関わった事例5例以上であることが必要

勤 務 証 明 書

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・勤務していた)ことを証明します。

常勤勤務時間	勤務期間	休職期間	通算常勤勤務時間
	(西暦) 年 月～ 年 月	年 カ月	年 カ月
非常勤勤務時間	勤務期間	休職期間	通算常勤勤務時間
	(西暦) 年 月～ 年 月	年 カ月	年 カ月
育児休暇時間	勤務期間	/	
	(西暦) 年 月～ 年 月		
合計通算年数	年 カ月		

所属した部署の名称と具体的な特徴・経験年数

部署	年数
	年 カ月
	年 カ月
	年 カ月
	年 カ月
	年 カ月
	年 カ月

勤務しているがん化学療法看護分野の具体的な特徴

機関(施設)名 :

職位名 :

氏 名 :

印

所在地 :

TEL :

*人事課(病院長名)あるいは看護部長の職位の人が記入する

*コピーして使用する

申請者氏名 _____

事 例 報 告 書

No.	事例の状況	看護実践内容・評価
1		
2		
3		
4		

*コピーして使用する

申請者氏名

事 例 報 告 書

今まで受け持ったがん化学療法看護を必要とした患者に関する 1 事例を看護過程の展開が明確になるようまとめる (様式 6-1 の事例以外)

【事例の状況】

【アセスメント】

【看護上の問題】

【看護の実践と評価】

*コピーして使用する

(様式7)

※ 受験番号

(記入不要)

写真票

受験票

平成28年度
鳥取大学医学部附属病院
医療スタッフ研修センター
認定看護師（がん化学療法看護）教育課程

平成28年度
鳥取大学医学部附属病院
医療スタッフ研修センター
認定看護師（がん化学療法看護）教育課程

	受験 番号	
フリガナ		
氏名		
所属施設		
所在地 (都道府県のみ)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> 写真貼付 正面上半身 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名 </div>	

	受験 番号	
フリガナ		
氏名		
所属施設		
所在地 (都道府県のみ)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> 写真貼付 正面上半身 (4.0×3.0cm) 写真裏面に記名 </div>	

切り離さないでください

※この受験票は、試験当日に必ず携帯すること

※受験番号欄は記入不要