　　　　　　　　　　　東京医療保健大学放射線看護研修センター

　　　　　　　　　　　がん放射線療法看護認定看護師養成課程

　　　　　　　　　　　　　　出　願　書　類　一覧

　　①　入学願書 （様式1）

　　②　履歴書 　（様式2）

　　③　実務研修報告書（様式3－①、3－②）

　　④　勤務証明書（様式4）

　　　※現在の職場で、看護実績を通算5 年以上満たし、および専門分野の看護実績を

　　　　通算3 年以上満たす場合はその職場の証明だけでよい。満たさない場合は、

　　　　通算5 年以上であることが確認できるように、その前の職場の証明も必要とする。

　　⑤　事例等要約（様式5－①、5－②､5－③）

　　⑥　推薦書（様式6）

　　⑦　志望理由書（様式7）

　　⑧　看護師免許証の写し（Ａ4版縮小コピー）1部（様式8）

　　⑨　入学検定料振込金受領証のコピー （様式9）

　　⑩　合格通知等送付先住所ラベル（様式10）

　　⑪　受験票送付用封筒 ※封筒は各自でご用意ください。

　　　（長3サイズ(120×235mm)･84円切手貼付・住所・氏名を明記のこと）

　　　　「様式3-①　がん放射線療法看護分野実務研修報告書」記入上の注意

　様式3－①は日本看護協会が様式例として示したものを用いています。用語もそのまま用いています。様式3－①の表現の中で、「実務研修」という用語は、「実務経験」という言葉に置き換えて考えてください。

【例】がん放射線療法看護分野実務研修報告書　⇒　がん放射線療法看護分野実務経験報告書

　　　看護実践研修期間　⇒　看護実践経験期間

　　　実務研修内容等　　⇒　実務経験内容等

(様式1)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号

入学願書

東京医療保健大学

放射線看護研修センター長　殿

私は、東京医療保健大学放射線看護研修センター

**がん放射線療法看護認定看護師養成課程**へ入学したいので、

ここに関係書類を添えて申請いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　 　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（書類の記載日を記入）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）　　　　　　　　　　　印

（様式2）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **履　歴　書** | | | | | | | 写真貼付欄  1.上半身脱帽正面向き  縦4㎝×横3㎝  2.最近3ヵ月以内に撮影したものを貼付してください | |
| ふりがな | |  | | | | |
| 氏　　名 | | 男・女  西暦　　　　年　 　月　 　日生　 ( 満　　 　歳) | | | | |
| 現 住 所 | | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　TEL　　　　　(　　　　　)  携帯電話　　　　　( ) | | | | | | |
| 勤務先 | ふりがな |  | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　－  TEL　　　　　(　　　　　) | | | | | | |
| 職種 |  | 施 設 | | 病床数：　　　　　　床 | | | |
| 職位 |  | 概 要 | | 看護体制：　　　　対　1 | | | |
| 免許取得年月日 | | 看護師：西暦　　　　 　年　　　月　　　日  保健師：西暦　　　　 　年　　　月　　　日  助産師：西暦　　　　 　年　　　月　　　日 | | | | 号  号  号 | | |
| 学歴(高校卒業時から記入) | | | | | | | | |
| 学　校　名 | | | | 卒業年月（西暦） | | | | 修業年限 |
|  | | | | 年　　 月 | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 職歴(看護師免許取得以降、部署名、職位を含む) | | | | | | | | |
| 病院名・部署名・職位 | | | | 着任年月（西暦） | | | | 勤務期間 |
|  | | | | 年　 　月 | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |

(様式3-①) 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号

**がん放射線療法看護分野実務研修報告書**

**氏名：**

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する。）

1）がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野における看護実務研修期間、実務研修内容等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 期間(月数) | | 所属施設名 | 部署 | | | 職位 | 実務研修内容 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
| ①合計 | | | | |  | |  | | | | | |
| 2）認定看護分野以外での看護実務研修期間 | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 期間(月数) | | 所属施設名 | | | 職位 | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | | |
| ②合計 | | | | |  | |  | | | | | |
| 3）看護実務研修期間の確認 | | | | | | | | | | | | |
| ①（36か月以上） | | | | | | ② | | | ①+②（60か月以上） | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |

　　2. がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野の看護実務研修施設の概要

　　（※最低3年間の認定看護分野の実務研修期間における所属施設の概要について記載する。施設が複数の場合、

　　　別紙に下表を写し施設ごとに記載する）。

|  |  |
| --- | --- |
| 1）施設名 |  |
| 2）当該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） |  |
| 3）がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野に関する施設基準の届出の種類 |  |
| 4）がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野に関する専門の部門（部署・外来・病棟等）の有無とその名称 |  |
| 5）がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称   * 0名の場合は、申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。 |  |

3．がん放射線療法看護分野に関連する看護実務研修内容の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 上記1-1）においてがん放射線療法受けている患者の看護を担当した事例数　※担当した事例とは、継続的・中心的に係った事例で5例以上 | 通算　　　　　例 |

(様式3-②)

実務研修報告書（記入例）

※受験番号　　氏名

1. 実務研修および内容について（教育機関入学までの職歴を記載する）
   * 1. がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野における看護実践研修期間、実務研修内容等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 期間（月数） | 所属施設名 | 部署 | 職位 | 実務研修内容 |
| 1999 | 4 | ～ | 2002 | 3 | 48か月 | ○○病院 | 緩和ケア病棟 | スタッフ | 緩和ケア |
| 2002 | 4 | ～ | 2003 | 3 | 12か月 | ○○病院 | 消化器内科 | 副看護師長 | がん化学療法 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

期間（月数）合計①　（60か月）　※36か月以上

1. 認定看護分野以外での看護実務研修期間

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 期間（月数） | 所属施設名 | 職位 |
| 1997 | 4 | ～ | 1999 | 3 | 24か月 | ○○病院 | スタッフ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

期間（月数）合計②（24か月）

　　3）　看護実務研修期間の確認　合計①+②（　74か月　）　※60か月以上

2．　認定看護分野に関連する看護業務研修施設の概要　（※最低3年間の認定看護分野における施設の実績について記載。施設が

　　 複数の場合、別紙に下表を写し施設ごとに実績を記載する。）

|  |  |
| --- | --- |
| 1)施設名 | ○○病院 |
| 2)当該分野に関する患者の年間症例数（入院・外来を含む延べ人数） | （例：がん放射線療法看護　50例/年） |
| 3）がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野に関する施設基準の届出の種類 | 例：「緩和ケア加算」：無、「緩和ケア病棟入院加算」：有、「がん診療連携拠点病院」：無、「がん患者管理指導料」：有 |
| 4)がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野に関する専門の部門（部署・外来・病棟等）の有無とその名称 | 例　緩和ケアセンター（サポーティブケアセンター）：有　緩和医療外来：有　緩和ケア病棟：有 |
| 5）がん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野に関する認定看護師・専門看護師の人数とその分野名称  ※0名の場合は、申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。 | 例：緩和ケア認定看護師：5名、がん性疼痛看護認定看護師：6名、がん放射線療法認定看護師：2名、がん化学療法看護認定看護師：7名、がん看護専門看護師：7名）  ※実務研修指導者：教育担当看護師長、緩和ケア分野における経験5年目以上を有する副看護師長等 |

1. がん放射線療法看護分野に関連する看護実務研修内容の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 上記1-1）においてがん放射線療法受けている患者の看護を担当した事例数　※担当した事例とは、継続的・中心的に係った事例で5例以上 | 例：25例 |

　　※教育機関のチェック項目　認定看護師教育課程は、実務研修に関する要件を満たしているか入学選抜時に審査すること。

□ 免許取得後、実務研修が通算5年以上あること（上記1-3）.より。

□ うち3年以上はがん放射線療法看護及びそれに関連する認定看護分野の実務研修の実績があること（上記1-1.より）。

□　がん放射線療法受けている患者の看護を担当した事例数(継続的・中心的に係った事例)は5例以上であること。

(様式 4)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号

勤　務　証　明　書

西暦　　　　年　　月　　日

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

（どちらかに○）ことを証明します。

1. 在職期間（2020年3月31日現在で記載）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在籍期間 | 所属部署名  （該当するものに○印、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(　　　　　　　　) | 常　勤  　非常勤 |
| 西暦 　　年　 月　 日～　　年　 月　 日 | 外　来、（　　　　　）病棟、  その他(　　　　　　　　) | 常　勤  　非常勤 |
| 西暦 　　年　 月　 日～　　年　 月　 日 | 外　来、（　　　　　）病棟、  その他(　　　　　　　　) | 常　勤  　非常勤 |
| 西暦 　　年　 月　 日～　　年　 月　 日 | 外　来、（　　　　　）病棟、  その他(　　　　　　　　) | 常　勤  　非常勤 |
| 西暦 　　年　 月　 日～　　年　 月　 日 | 外　来、（　　　　　）病棟、  その他(　　　　　　　　) | 常　勤  　非常勤 |

通算　　　年　　　　月間

2、勤務した部署の具体的な特徴・経験年数

　（がん放射線療法看護分野の経験について具体的に記載してください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　機関(施設)名

　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在　 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　職　位　　　　　　　氏　 名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　(人事部門責任者あるいは看護管理責任者の職位の方がご記入ください)

(様式 5-①)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号　　　　　　氏名

がん放射線療法看護　事例1の要約

がん放射線療法を受けている患者やその家族に関するあなたの看護体験の中から、5事例を選択し、あなたの展開した看護のプロファイルを記述して下さい。記述内容として「患者紹介・原疾患・期間・術式・治療方針」「問題点・患者の状況・入院中や外来での関わり・アセスメント・対策・結果・評価」など要点を書いて下さい。なお、一番関わりの深かった事例を≪事例1≫に記載して下さい。パソコン・手書きは自由ですが、文字の大きさは10～11ポイント程度とし、この枠におさまる長さとしてください。なお、個人情報の保護に十分留意の上、ご記入ください。

（パソコンで作成し、印字した用紙を貼り付けても結構です。ただし枠内に貼付してください。）

|  |
| --- |
| ≪事例1≫【患者紹介・原疾患・期間・術式・治療方針】 |
| 【看護の展開】 |

(様式 5-②)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号　　　　　　氏名

がん放射線療法看護　事例2および3の要約

|  |
| --- |
| ≪事例2≫ |
| ≪事例3≫ |

(様式 5-③)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号　　　　　　氏名

がん放射線療法看護　事例4および5の要約

|  |
| --- |
| ≪事例4≫ |
| ≪事例5≫ |

(様式6)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推　薦　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　　月　　　日

受験者氏名：

　上記の者は、がん放射線療法看護認定看護師養成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）：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　職　　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関名：

* 看護部長に相当する職位の方がご記入ください。推薦理由には、受験者を知っている期間、受験者の仕事への熱意、組織として受験者ががん放射線療法看護認定看護師養成課程で学ぶことに対する期待等をご記入の上、厳封をお願い致します。

(様式7)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受験番号

　　　　　　　　　　　　　　志　望　理　由　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西　暦　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　私は、下記の理由により、「がん放射線療法看護」認定看護師養成課程を志望致します。

【志望理由】

|  |
| --- |
|  |

(様式8)

　　　　　　看護師免許証をＡ4版に縮小コピーして、ここに貼って提出して下さい。

(様式9)

　　　　　　　写　真　票　　　　　　　　　　　　　　　　　　写　真　票

　　　　　　　2020年度　　　　　　　　　　　　　　　　　　 2020年度

認定看護師養成課程「がん放射線療法看護」　　　 認定看護師養成課程「がん放射線療法看護」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊受験番号 | | 縦5㎝×横3.5㎝  　上半身の写真を貼っ  　て下さい |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊受験番号 | | 縦5㎝×横3.5㎝  　上半身の写真を貼っ  　て下さい |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |

切り離さないで下さい

　　　　　　　　入学検定料払込み受領書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※入学検定料振込金受領証のコピー

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を左の枠内に添付して下さい。