

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院

認定看護師教育課程「緩和ケア分野」

出願書類書式

1. 入学願書（様式 1）（氏名のみ自署でご記入ください）
2. 履歴書（様式 2）写真 1 枚貼付
3. 受講志願理由書（様式 3）
4. 実務研修報告書（様式 4）※実務研修の要件を満たしていること
5. 勤務証明書（様式 5）※人事部門責任者あるいは看護管理責任者の職位の方が記入（現在の職場で通算 5 年以上を満たす場合は、その職場の証明だけでよい。満たさない場合は、その前の職場の証明も必要。用紙は必要に応じてコピーすること。公印を押印ください。）
6. 推薦書（様式 6）※看護管理責任者の推薦
7. 緩和ケア事例の要約（様式 7）（既定の枠内に収まるように記載ください。文字の大きさは 10 ポイント以上、行間、文字間隔等は判読可能な限りで変更しても構いません。）
8. 写真票および写真票（様式 8）4.5×4.5 の写真を貼付してください
9. 入学検定料「払込金受領証」・「振り込み明細票」コピー貼付（様式 9）
10. 履修免除申請書（様式 10）（該当者のみ）※特定行為研修修了済みの方で受講免除を希望される方のみ記載ください。
11. 看護師免許証の写し 1 部※A4 判に縮小コピーしてください。
12. 特定行為研修修了証の写し（該当者のみ）※特定行為研修修了済みの方で受講免除を希望される方は必ず提出してください。
13. 受領票郵送用封筒（レターパックライトに郵便番号・住所・氏名を記入の上同封すること）

※記載に不備な点がある場合は受験できませんのでご注意ください。

※出願書類は国立がん研究センター東病院HP認定看護師教育課程からダウンロードできます。
ワードでご入力頂きますようお願い致します。

入 学 願 書

国立研究開発法人
国立がん研究センター東病院認定看護師教育課程長 殿

私は、国立研究開発法人国立がん研究センター東病院認定看護師課程
緩和ケア分野へ入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

ふりがな
氏名 (自署) _____ 印

西暦 _____ 年 月 日 生

現住所 〒 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

ふりがな 氏名 生年月日	印 (西暦) 年 月 日生(満 歳)	性別 男・女	写真貼付欄 縦 4.5 cm×横 4.5 cm ※写真裏面に 氏名と生年月日を記入
ふりがな			
現住所		TEL(自宅) TEL(携帯)	
ふりがな			
所属施設名		施設概要 【病床数】 床 【看護体制】 対 1	
設置主体			
所属施設住 所		TEL 所属病棟 FAX	
免許取得年 月日	(保健師) 西暦 年 月 日 (号) (助産師) 西暦 年 月 日 (号) (看護師) 西暦 年 月 日 (号)	看護実務経験年数(通算) 年 ヶ月	
専門分野看護実務経験年数(通算)		年 ヶ月	
特定行為研修受講歴	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> その他 ()	
学歴 (高校卒業時から記入)			
西暦	年 月		
	年 月		
	年 月		
	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		

実務研修報告書(記入例)

分野名：緩和ケア分野 氏名：_____

1. 実務研修期間および内容について（※2024年9月末までの職歴を記載する。）

1) 認定看護分野における看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間(月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容
2006	4		2009	3	36	〇〇がんセンター	消化器内科	看護師	緩和ケア
2009	4		2015	3	72	〇〇病院	血液内科	副看護師長	緩和ケア

① 合計 108

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
2004	4		2006	3	24	〇〇病院 手術室	看護師

② 合計 24

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)
108	24	132

2. 認定看護分野に関連する看護実務研修施設の概要

(※認定看護分野の実務研修期間 (36 か月以上) 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、施設ごとに記載する。現在勤務している施設を含めて記載すること。)

1)	施設名	〇〇病院
2)	認定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)	1000 例/年
3)	認定看護分野に関する施設基準の届出の種類	がん診療連携拠点病院
4)	認定看護分野に関する専門の部門 (部署・外来・病棟等) やチームの有無とその名称	緩和ケア外来、緩和ケア病棟：有 緩和ケアチーム
5)	認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野名称と人数 (うち特定行為研修修了者人数) ※ 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。	がん看護専門看護師：2 名 緩和ケア認定看護師：2 名 (うち特定行為研修修了者 1 名) がん性疼痛認定看護師：1 名
6)	自施設での特定行為研修修了者の人数 (今年度修了見込みも含む) 【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】 指導医の有無	2 名 ⑦ ・ 無

3. 認定看護分野に関連する看護実務研修内容の概要

「1-1) 認定看護分野における看護実務研修期間」における認定看護分野に関連した担当実績 (通算の事例数)	50 例/年
---	--------

4. 特定行為研修の自施設実習についての確認事項

特定行為研修の自施設実習に関する施設状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自施設実習ができる <input type="checkbox"/> 自施設実習ができない (実習について管理者と <input type="checkbox"/> 相談した <input type="checkbox"/> 相談していない) <input type="checkbox"/> 合格したら自施設実習ができるように準備予定
----------------------	---

実務研修報告書

受験番号(※)

分野名：緩和ケア分野 氏名：_____

1. 実務研修期間および内容について(※2024年9月末までの職歴を記載する。)

1) 認定看護分野における看護実務研修期間

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. 認定看護分野に関連する看護実務研修施設の概要

(※認定看護分野の実務研修期間(36か月以上)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、施設ごとに記載する。現在勤務している施設を含めて記載すること。)

1)	施設名	
2)	認定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)	認定看護分野に関する施設基準の届出の種類	
4)	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)	認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野名称と人数 (うち特定行為研修修了者人数) ※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。	
6)	自施設での特定行為研修修了者の人数(今年度修了見込みも含む) 【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】 指導医の有無	名 有 ・ 無

3. 認定看護分野に関連する看護実務研修内容の概要

「1-1) 認定看護分野における看護実務研修期間」における認定看護分野に関連した担当実績(通算の事例数)	
--	--

4. 特定行為研修の自施設実習についての確認事項

特定行為研修の自施設実習に関する施設状況	<input type="checkbox"/> 自施設実習ができる <input type="checkbox"/> 自施設実習ができない (実習について管理者と <input type="checkbox"/> 相談した <input type="checkbox"/> 相談していない) <input type="checkbox"/> 合格したら自施設実習ができるように準備予定
----------------------	--

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（2024年9月30日現在で記載）

在籍期間	所属部署名 (該当するものに○をし、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

(緩和ケア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

公印

推 薦 書

西暦 年 月 日

氏名 _____

上記の者は、認定看護師教育課程の受講生として、専門教育を受ける要件を十分満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

推薦者職位

氏 名 印

所属機関名

所 在 地 〒 —

TEL

【推薦理由】

※受講希望者の実績と組織が期待する役割についてご記入ください。

氏名 _____

緩和ケア事例の要約

緩和ケアを受け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ください。記述内容として「患者紹介・期間・現疾患・治療など」「問題点」「アセスメント」「実施」「結果・評価」など要点を書いてください。なお、一番関わりが深かった事例を《事例 1》に記載してください。

《事例 1》

※規定の枠内に収まるように記載してください。

《事例 2》

《事例 3》

《事例 4》

《事例 5》

写 真 票

氏名 _____

2025 年度
認定看護師教育課程「緩和ケア」

※受験番号		写真 (縦 4.5 cm×横 4.5 cm) 上半身・脱帽 正面むき・カラー写真 写真の裏面に 氏名と生年月日記入 全面糊付け
ふり がな		
氏名		
生年 月日	西暦 年 月 日	

※受験番号には何も記入しないこと。

受 験 票

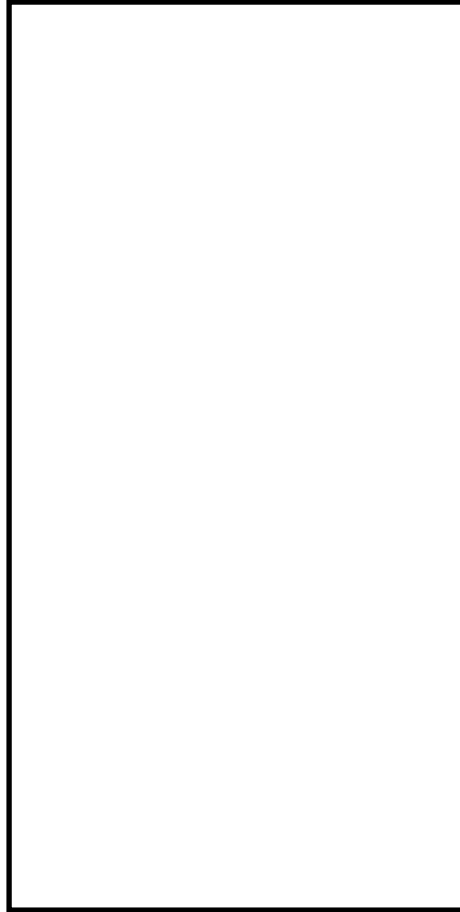
2025 年度
認定看護師教育課程「緩和ケア」

※受験番号		写真 (縦 4.5 cm×横 4.5 cm) 上半身・脱帽 正面むき・カラー写真 写真の裏面に 氏名と生年月日記入 全面糊付け
ふり がな		
氏名		
生年 月日	西暦 年 月 日	

※受験番号には何も記入しないこと

氏名 _____

入学検定料払込金受領証・振り込み明細票



履修免除申請書

国立研究開発法人

国立がん研究センター東病院認定看護師教育課程長 殿

私は、特定行為研修（栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連）をすでに修了しているため、「共通科目」と「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の履修の免除を希望します。

西暦 年 月 日

ふりがな
氏名（自署） _____ 印

西暦 _____ 年 月 日 生