

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「がん化学療法看護分野」

出願書類書式

1. 入学願書（様式 1）
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）
6. 推薦書（様式 6）※看護管理責任者の推薦
7. がん化学療法看護事例要約（様式 7）
8. 保健師・助産師・看護師免許の写し 1 部※A4 判縮小コピー
9. 受験票および写真票 写真貼付（様式 8）
10. 入学検定料払込受領証・振り込み明細票コピー貼付（様式 8）
11. 日本看護協会会員証写（様式 8）
12. 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医療関係者向け情報からダウンロードできます。ロードでご入力頂きますようお願い致します。

様式1

受験番号(※)

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

がん化学療法看護分野学科へ入学いたしたく、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	印	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
生年月日	(西暦) 年 月 日生(満 歳)		
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 (募集要項 2p 6 .出願資格 3)参照) (通算)		年 ヶ月	
学歴 (高校卒業時から記入)			
西暦 年 月			
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			
年 月			

受講志願理由書

西暦 年 月 日

氏名 _____

私は、下記の理由により認定看護師教育課程「がん化学療法看護分野」に志願いたします。

【志願理由】

様式 4

実務研修報告書(記入例)

分野名：がん化学療法看護分野 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) 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	がん化学療法看護
2009	4		2015	3	72	〇〇病院	化学療法室	副看護部長	がん化学療法看護
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（※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、施設ごとに記載する。）

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）	がん化学療法入院患者 705 例/年 通院化学療法件数 1250 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）の有無とその名称	がん化学療法通院治療センター：有 がん化学療法病棟：有
5)	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。	がん化学療法看護認定看護師：3 名 がん看護専門看護師：2 名 緩和ケア認定看護師：2 名

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）	250 例/年
--	---------

実務研修報告書

分野名：がん化学療法看護分野 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) 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 (※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、施設ごとに記載する)。

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. 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)	
---	--

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（2022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○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

(がん化学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

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】

※推薦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。

Large empty box for providing the recommendation reason.

氏名 _____

がん化学療法看護 事例要約

がん化学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》

《事例 2》

《事例 3》

《事例 4》

《事例 5》

様式 8

写 真 票

2022 年度

認定看護師教育課程「がん化学療法看護」

※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

2022 年度

認定看護師教育課程「がん化学療法看護」

※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

様式 8

受験番号 (※)
氏名 _____

日本看護協会 会員証 (写し)

都道府県名 : _____ 看護協会



入学検定料払込み受領書・振り込み明細票

