

## 出願書類記載の注意事項

| No. | 書類名称              | 出願書類の作成方法 |   |
|-----|-------------------|-----------|---|
| 1   | 入学願書<br>(様式 1)    | ①         | 受験する分野名に、○をつけてください。   |
|     |                   | ②         | 氏名は自署で記入してください。   |
|     |                   | ③         | 緊急時に連絡がとれる電話番号を記載してください。  |
| 2   | 履歴書<br>(様式 2)     | ①         | 受験する分野名を記入してください。   |
|     |                   | ②         | 年齢は 2025 年 3 月 31 日現在で記入してください。   |
|     |                   | ③         | 顔写真は、出願前 3 か月以内に撮影した、縦 4cm×横 3 cm、上半身・正面・脱帽の正面向きカラー写真を使用、裏面に氏名を記入の上全面のりづけで貼付してください。   |
|     |                   | ④         | 携帯電話会社のキャリアメール以外のメールアドレスを、記入してください。   |
|     |                   | ⑤         | 保有する看護職の免許の取得年月日（西暦）と免許番号、特定行為研修歴の有無とその内容を記入してください。   |
|     |                   | ⑥         | 学歴は高校卒業から記入し、卒後継続教育（1 か月以上）も記入してください。   |
|     |                   | ⑦         | 職歴は、保健師、助産師、看護師としての職歴を、非常勤も含めて免許取得後から、2025 年 3 月 31 日時点の見込みを含め、すべて記載してください。   |
| 3   | 勤務証明書<br>(様式 3)   | ①         | 「 <b>看護師の免許取得後、通算 5 年以上勤務</b> したこと、および <b>認定分野で通算 3 年以上勤務</b> したこと」がわかるように、在職期間、職務内容を記載してください。<br>現在勤務している施設だけでは年数が不足している場合、過去に勤務していた施設からの勤務証明書をあわせて提出してください。 |
|     |                   | ②         | 2025 年 3 月 31 日時点の見込みを含め、すべて記載してください。   |
|     |                   | ③         | 専門分野の看護実績を中心に、配置された部署の特徴を <b>具体的に記入</b> してください。   |
|     |                   | ④         | 特定行為研修における自施設の状況についてチェックをつけてください。   |
|     |                   | ⑤         | <b>各施設で発行したものとし、施設長の公印</b> を捺印のうえ、提出してください。   |
|     |                   | ⑥         | 入学後の連絡先として看護部長職の方の氏名とアドレスを記入してください。   |
| 4   | 推薦書<br>(様式 4)     | ①         | 看護部長（または同程度の職位の方）、直属の上司などが、記載してください。  |
|     |                   | ②         | 推薦者氏名は自署で記入、捺印のうえ提出してください。  |
|     |                   | ③         | 推薦理由には、受験者の看護実践能力および特定・認定看護師教育課程修了後の配置予定や期待される役割等を記載してください。   |
|     |                   | ④         | 特定行為研修の自施設実習の受け入れについて気がかりなことがあれば記載してください。   |
| 5   | 入学志望理由書<br>(様式 5) | ①         | 受験する分野名にチェックをつけてください。   |
|     |                   | ②         | 志望の理由・教育課程で学びたい課題を具体的に記入してください。   |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 6  | 事例実績証明・<br>看護要約Ⅰ<br>看護事例①<br>(様式 6-1)   | ①  | 過去 5 年程度の期間に実践した <b>受験する認定看護分野の患者の看護事例</b> を 5 事例記載してください。1 事例については様式 6-1 に、実践した看護展開を要約して記載してください。   |
|    | 事例実績証明・<br>看護要約Ⅱ<br>看護事例②～⑤<br>(様式 6-2) | ②  | その他の 4 事例については、様式 6-2 にしたがって事例要約を記載してください。   |
| 7  | 看護師免許証の<br>写し (様式 7-1)                  | ①  | 免許証を A4 サイズに縮小し、白黒コピーして様式 7-1 に貼付してください。<br>免許証裏面に登録年月日が記載されている場合 (改姓などに伴う書き換えにより、取得年月日と発行年月日が異なる場合) は裏面のコピーも貼付してください。また、書き換えや再交付の申請中であれば、保健所が発行する証明書を添付してください。  |
|    | 特定行為研修修了証の<br>写し (様式 7-2)               | ②  | 特定行為研修修了証がある場合は、コピーを様式 7-1 に添付してください。  |
| 8  | 実務研修報告書<br>(様式 8)                       | ①  | <b>記入例</b> を参照のうえ記入してください。   |
|    |   | ②  | 認定看護分野での臨床実務経験年数は、通算 3 年 (36 か月) 以上が必要です。<br>実務研修期間は、免許取得年から 2025 年 3 月 31 日時点の見込みを含めた <b>看護実務経験</b> を記載してください (年次順に記載し、准看護師勤務経験は含めない)。<br>※がん薬物療法看護分野ではがん薬物療法を受けている患者の投与管理・看護の担当実績 (通算事例数) を記載してください。 |
|    |   | ③  | 施設名が変更になった場合、旧名称を ( ) にて記載してください。  |
| 9  | 入学検定料<br>振込書 (様式 9)                     | 原則、受験者本人が金融機関にて振込手続きを行い、 <b>入学検定料振込送金証明書 (様式 9-A 票)</b> を入学検定料納付票 (様式 11) に貼付してください。 |  |
| 10 | 写真貼付票<br>(様式 10)                        | ①  | 出願以前 3 か月以内に撮影した、縦 4cm×横 3cm、上半身・正面・脱帽の正面向きのカラー写真を使用し、裏面に氏名を記入の上、全面のりづけで貼付してください。  |
|    |   | ②  | 氏名を記入し、該当する性別を○で囲んでください。   |
| 11 | 入学検定料<br>納付票 (様式 11)                    | <b>入学検定料振込送金証明書 (様式 9-A 票)</b> を貼付してください。<br>誤って領収証を貼らないようご注意ください。                   |  |
| 12 | 受験票送付用<br>封筒                            | 長形 3 号封筒に 110 円切手を貼付し、受験者の郵便番号・住所・氏名を明記してください。<br>郵便が必ず届くように、正確に記入してください。            |  |
| 13 | 入学試験成績<br>開示申請書<br>(様式 12)              | ①  | 開示を希望する場合のみ受験者本人が申請してください。   |
|    |   | ②  | レターパックライト (郵便番号・住所・氏名・電話番号を明記したもの) を同封してください。<br>(二つ折り)  |
| 14 | 出願書類<br>チェック表<br>(様式 13)                | 提出する書類の確認として利用してください。  |  |





職歴（看護師免許取得以降 所属機関名・所属部署・職位を含む 医療機関以外での職を含む）

|  |  |
|--|--|
| (西暦)<br>年 月 ～ 年 月                              |  |
| 年 月 ～ 年 月                                      |  |
| 年 月 ～ 年 月                                      |  |
| 年 月 ～ 年 月                                      |  |
| 年 月 ～ 年 月                                      |  |
| 年 月 ～ 年 月                                      |  |
| 年 月 ～ 年 月                                      |  |
| 年 月 ～ 年 月                                      |  |
| 上記のうち、看護の実務経験年数（通算） 年 か月<br>（准看護師歴、産休・育休期間は除く） |  |

看護分野における業績など（年度・主催を明記して下さい）

|   |
|---|
| 1. 主な研修内容（特定行為研修受講歴や各専門領域における研修会への参加など） |
| 2. 看護研究業績（学会および研究会での発表・学術誌雑誌投稿業績など）     |
| 3. 教育・指導（講演や研修会の講師・指導者など）               |
| 4. その他                                  |

## 勤務証明書

氏名

\* 出願資格の要件「看護師の免許取得後、通算 5 年以上勤務したこと、および認定分野で通算 3 年以上勤務したこと」がわかるように、在職期間、職務内容を記載してください。専門分野の看護実績を中心に、配置された部署の特徴を具体的に記入してください。なお、2025 年 3 月 31 日時点の勤務見込みで記載してください。

## ◆在職期間

| 在 職 期 間           | 在職年数<br>( 年 か月) | 職 務 内 容 |
|-------------------|-----------------|---------|
| (西暦)<br>年 月 ～ 年 月 | 年 か月            |         |
| 年 月 ～ 年 月         | 年 か月            |         |
| 年 月 ～ 年 月         | 年 か月            |         |

在職年数 (通算) 【 】 年 【 】 か月 (※産休・育休は休職期間として扱う)

## ◆上記における専門分野の実務経験

| 実務経験期間            | 年数<br>( 年 か月) | 職 務 内 容 |
|-------------------|---------------|---------|
| (西暦)<br>年 月 ～ 年 月 | 年 か月          |         |
| 年 月 ～ 年 月         | 年 か月          |         |
| 年 月 ～ 年 月         | 年 か月          |         |
| 年 月 ～ 年 月         | 年 か月          |         |

実務経験年数 (通算) 【 】 年 【 】 か月 (※産休・育休は休職期間として扱う)

(西暦) 年 月 日

【特定行為研修における自施設情報】 該当部分にチェックを入れて下さい。

- ☐ 指定研修機関として自施設で実習を行っている  
☐ 2025 年度から指定研修機関として開講予定である  
☐ 協力施設として実習を受け入れたことがある  
☐ いずれの施設にも該当しない

施設所在地：〒

機関(施設)名： .....

職位： ..... 氏 名： ..... (印)

電話番号： ..... ( ) ..... ※施設長の公印を捺印してください。

※合格後の連絡先として、看護部長職の方の氏名とアドレスをご記入ください。

氏名： ..... mail address : ..... @ .....

## 推 薦 書

受験番号：

(※記入不要)

受験する分野（該当に印（☒）を付けてください）

☐ がん放射線療法看護

☐ がん薬物療法看護

☐ 緩和ケア

受験者氏名：\_\_\_\_\_

上記の者は、認定看護師教育課程の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。

### 【特定行為研修の自施設実習についての確認事項】

当センターでは、原則、特定行為の自施設実習を推奨しています。つきましては、自施設での特定行為実習の実施について、気がかりな点などがありましたら、下記にご記入ください。

西暦                      年                      月                      日

推薦者の所属機関の住所

〒

\_\_\_\_\_

推薦者の所属機関名

\_\_\_\_\_

職位 \_\_\_\_\_ 推薦者氏名（自署） \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号（        ）        —        \_\_\_\_\_

受験する分野名（該当に印（☒）を付けてください）

☐ がん放射線療法看護 ☐ がん薬物療法看護 ☐ 緩和ケア

西曆            年        月        日

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

### ○志願理由

[illegible]

※必ずA4版1ページに収めてください。



# 事例実績証明・看護要約 I

受験番号：

(※記入不要)

看護実績事例①

氏名

印

1. 事例の状況（現疾患・治療の経過、主訴、病状認識など）
2. アセスメント（事例の状況をふまえて）
3. 看護上の問題（優先順位が高いものからひとつ挙げる）
4. 看護実践と結果
5. 評価

※項目ごとの字数は自由とします。

受験番号：

(※記入不要)

# 事例実績証明・看護要約Ⅱ

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

看護実績事例 (各事例について、事例の状況およびアセスメント・計画立案・実施評価について要点をまとめ簡潔に記載してください)

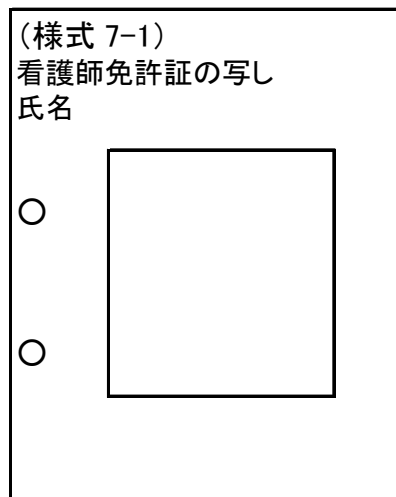
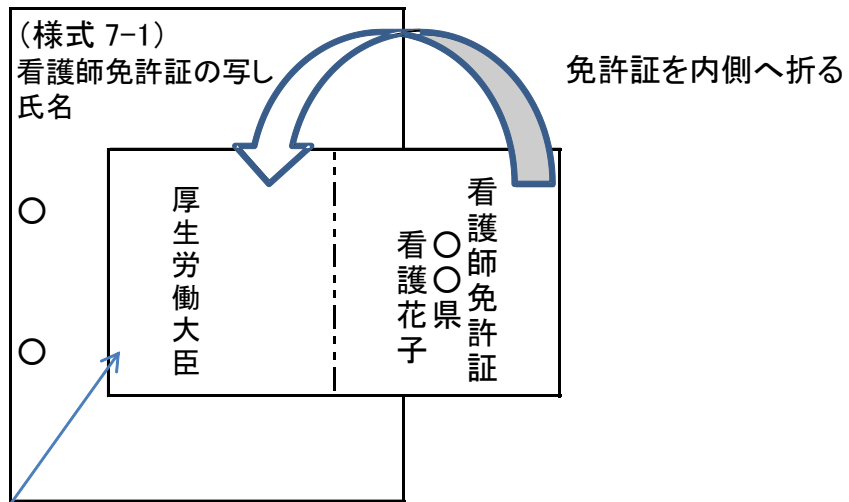
|       |  |
|-------|--|
| ＜事例②＞ |  |
| ＜事例③＞ |  |
| ＜事例④＞ |  |
| ＜事例⑤＞ |  |

※必ずA 4 版 1 ページに収めてください。

看護師免許証の写し (A 4 版縮小コピーを貼付してください)

氏名： \_\_\_\_\_

看護師免許証のコピーは下記に従い、貼付してください。



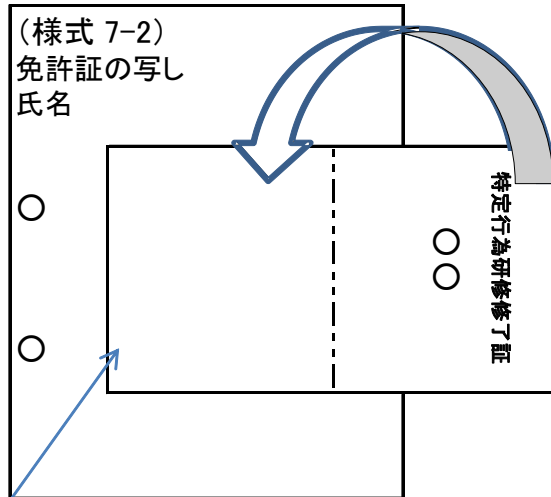
A4を二つ折り(内折り)した格好

の  
り  
し  
ろ

## 特定行為研修修了証の写し

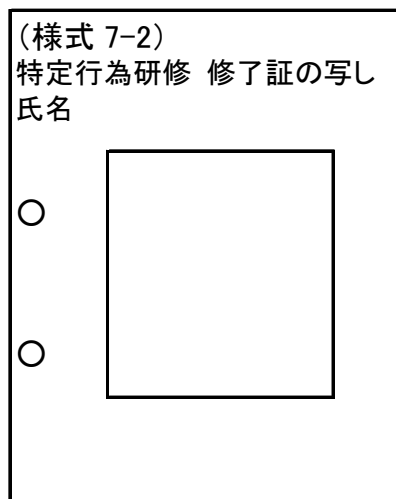
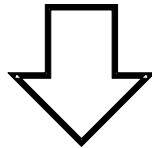
氏名： \_\_\_\_\_

特定行為修了証のコピーは下記に従い、貼付してください。



修了証を内側へ折る

修了証コピーの  
左端をのりづけ



A4を二つ折り(内折り)した格好

の  
り  
し  
ろ

## 実務研修報告書（記入例）

受験番号：

（※記入不要）

分野名： 氏名： 印

## 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、すなわち 2025 年 3 月 31 日時点までの職歴見込みを記載する。）

## 1) 認定看護分野における看護実務研修期間

| 西暦   | 月 | ～ | 西暦   | 月 | 期間(月数) | 所属施設名   | 部署  | 職位   | 実務研修内容  |
|------|---|---|------|---|--------|---|-----|------|---------|
| 2015 | 4 |   | 2018 | 3 | 36     | 〇〇大学病院  | 看護部 | スタッフ | 消化器内科病棟 |
| 2018 | 4 |   | 2025 | 3 | 84     | 〇〇大学病院  | 看護部 | 主任   | 緩和ケア病棟  |
|      |   |   |      |   |        | 特定看護分野の実務研修内容の基準を参照の上、 <u>具体的に</u> 記入する。<br><a href="https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2021/06/PDF-jitumu_kijyun2021_Bkatei.pdf">https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2021/06/PDF-jitumu_kijyun2021_Bkatei.pdf</a> |     |      |         |
|      |   |   |      |   |        |   |     |      |         |
| ①合計  |   |   |      |   |        | 120   |     |      |         |

## 2) 認定看護分野以外での看護実務研修期間

| 西暦   | 月 | ～ | 西暦   | 月 | 期間(月数) | 所属施設名   | 職位   |
|------|---|---|------|---|--------|---|------|
| 2009 | 4 |   | 2015 | 3 | 72     | 〇〇大学病院  | スタッフ |
|      |   |   |      |   |        | 勤務形態が非常勤の場合、「実質勤務時間 150 時間」を「1 か月」相当として換算し、勤務月数を割り出す。<br>「150 時間」＝「7.5 時間(実質勤務時間)」×20 日 |      |
|      |   |   |      |   |        |   |      |
|      |   |   |      |   |        |   |      |
| ②合計  |   |   |      |   |        | 72  |      |

## 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) |
|-------------|----|---------------|
| 120         | 72 | 192           |

## 2. 認定看護分野に関連する看護実務研修施設の概要

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

|    |   |   |
|----|---|---|
| 1) | 施設名   | 3 分 野 共 通： がん診療連携拠点病院加算<br>がん放射線療法看護： 医療機器安全管理加算<br>外来放射線治療加算<br>がん薬物療法看護： 外来化学療法加算 1<br>緩和 ケ ア： 緩和ケア診療加算<br>外来緩和ケア管理料 など |
| 2) | 認定看護分野に関連する年間症例数（入院・外来を   |   |
| 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）<br>その名称                                 | がん放射線療法看護： 放射線病棟<br>放射線治療センター<br>がん薬物療法看護： 外来化学療法室<br>腫瘍内科病棟<br>緩和 ケ ア： 緩和ケア病棟 緩和ケアチーム<br>緩和ケア外来 など                       |
| 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<br>※ 0 名の場合は、申請者自身が当該分野の実務研修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期間において、継続的かつ中心的に関わった事例（5 例以上）

|   |         |
|---|---------|
| 「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<br>関連した担当実績（通算の事例数） | 通算 52 例 |
|---|---------|

※がん薬物療法看護分野では、がん薬物療法を受けている患者の  
投与管理・看護の担当実績（通算の事例数）を記載すること

## 実務研修報告書

受験番号：

(※記入不要)

分野名：氏名：⑧

## 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、すなわち 2025 年 3 月 31 日までの職歴見込みを記載する。)

## 1) 認定看護分野における看護実務研修期間

| 西暦  | 月 | ～ | 西暦 | 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

| 西暦  | 月 | ～ | 西暦 | 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<br>※ 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期間において、継続かつ中心的に関わった事例 (5 例以上)

|   |   |
|---|---|
| 「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<br>に関連した担当実績 (通算の事例数) | 例 |
|---|---|

※がん薬物療法看護分野では、がん薬物療法を受けている患者の投与管理・看護の担当実績 (通算の事例数) を記載すること

2025年度久留米大学認定看護師教育課程入学検定料振込書

<注意>

- 1 必ず金融機関の受付窓口で払い込み、ATM(現金自動預払機)での振込はしないでください。
- 2 A・B・C・D票の※に依頼日及び受験者の氏名(フリカナ)を記入し、D票には、受験者本人の住所も併せて記入してください。他の枠内への記載は不要です。
- 3 ①の切り取り線に沿って切り離し、金融機関の窓口で振り込んでください。
- 4 振込手数料は、受験者本人の負担となります。
- 5 金融機関で振込後、A・B票を受け取り、出納印が押印されていることを確認し、②の切り取り線で切り離してA票を出願書類の入学検定料納付票(様式9-2)貼付してください。

入学検定料振込書

(①受験者本人が切り離し、金融機関の窓口で振込手続きを行ってください。)

A票

(様式9)

至急テレ  
入学検定料振込送金証明書  
(大学提出用)

|                      |                             |   |   |   |
|----------------------|-----------------------------|---|---|---|
| ※依頼日                 | 西暦                          | 年 | 月 | 日 |
| 2025年度 入学検定料 ¥50,000 |                             |   |   |   |
| 振込先                  | 筑邦銀行 本店営業部<br>普通 No.2162658 |   |   |   |
| 受取人                  | 久留米大学                       |   |   |   |
| ※フリカナ                |                             |   |   |   |
| ※氏名<br>(受験者)         |                             |   |   |   |

(取扱金融機関→受験者→入学検定料納付票(様式9-2)に貼付し、大学提出)

取扱銀行出納印



本人→久留米大学認定看護師教育センター

B票

(様式9)

至急テレ  
入学検定料振込領収証  
(本人保存)

|                      |                             |   |   |   |
|----------------------|-----------------------------|---|---|---|
| ※依頼日                 | 西暦                          | 年 | 月 | 日 |
| 2025年度 入学検定料 ¥50,000 |                             |   |   |   |
| 振込先                  | 筑邦銀行 本店営業部<br>普通 No.2162658 |   |   |   |
| 受取人                  | 久留米大学                       |   |   |   |
| ※フリカナ                |                             |   |   |   |
| ※氏名<br>(受験者)         |                             |   |   |   |

取扱銀行出納印



(本人保存)

C票

(様式9)

至急テレ  
振込送金通知書

|                      |                             |   |   |   |
|----------------------|-----------------------------|---|---|---|
| ※依頼日                 | 西暦                          | 年 | 月 | 日 |
| 2025年度 入学検定料 ¥50,000 |                             |   |   |   |
| 振込先                  | 筑邦銀行 本店営業部<br>普通 No.2162658 |   |   |   |
| 受取人                  | 久留米大学                       |   |   |   |
| ※フリカナ                |                             |   |   |   |
| ※氏名<br>(受験者)         |                             |   |   |   |

取扱銀行出納印



受付銀行→筑邦銀行本店  
→久留米大学認定看護師教育センター

D票

(様式9)

至急テレ  
入学検定料振込依頼書

|               |                  |   |   |     |         |      |
|---------------|------------------|---|---|-----|---------|------|
| ※依頼日          | 西暦               | 年 | 月 | 日   | 科 目     |      |
| 振込先           | 筑邦銀行 本店営業部       |   |   | 金額  | ¥50,000 | 報告作成 |
|               | 普通 No.2162658    |   |   | 現金  |         |      |
| 受取人           | フルメダイガク<br>久留米大学 |   |   | 内 訳 | 当 手     | 記 帳  |
|               |                  |   |   |     | 他 手     |      |
| ※依頼人<br>(受験者) | フリカナ             |   |   |     | 出 納 印   | 起 票  |
|               | 氏 名              |   |   |     |         |      |
|               | 住 所              |   |   |     |         |      |

(受付銀行保存)

受付銀行へお願い  
発信の際は、受験者氏名を先に電送して下さい。  
出願締切日:2024年12月11日(水)

(様式10)

(様式11)

(認定看護師教育課程入試用)

(認定看護師教育課程入試用)

2025年度  
写真貼付票

2025年度  
入学検定料納付票

|      |     |
|------|-----|
| 受付番号 | ※   |
| 氏名   | 男・女 |

写真貼付欄  
(タテ4cm, ヨコ3cm)

1. 正面・脱帽の顔写真(カラー)。

2. 3ヶ月以内に撮影したもの。

3. 写真裏に氏名を記入のこと。

4. 全面のりづけ。

入学検定料振込送金証明書貼付欄  
(この部分だけ、のりをつけること)

注意

1. 受付銀行の出納印の有無を確かめること。

2. 入学検定料振込送金証明書以外のものを貼付しても無効。

3. 入学検定料振込送金証明書が貼付されていない場合は、出願書類は受理しない。



|               |  |
|---------------|--|
| 受験番号<br>※記入不要 |  |
|---------------|--|

入学試験成績開示申請書

(西暦)                      年                      月                      日

認定看護師教育センター  
センター長    殿

下記の入学試験における成績開示について申請します。

記

|                   |   |
|-------------------|---|
| 入試区分<br>(受験分野名に○) | [2025 年度認定看護師教育課程]<br>がん放射線療法看護分野・がん薬物療法看護分野・緩和ケア分野 |
| 受験者氏名             | 印   |
| 生年月日 (西暦)         |   |
| 住所                | (〒        -        )                                |
| 電話番号              |   |

以上

- 【注意事項】
- ・受験者本人以外からの開示請求には応じられません。
  - ・開示を希望する場合にのみ申請してください。（申請期間外は、一切受付出来ません）
  - ・レターパックライト [郵便番号・住所・氏名・電話番号を明記の上] を同封してください。

## 出願書類チェック表

以下の書類が揃っているかチェックしてから封入してください。書類不備の場合は受け付けできません。

| No. | 書類   | チェック内容  | チェック |
|-----|--|---|------|
| ①   | 入学願書<br>(様式 1)   | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ②   | 履歴書<br>(様式 2)  | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ③   | 勤務証明書<br>(様式 3)  | 出願書類の作成方法参照<br>※受験する教育課程の様式を提出してください。記入例に従って記入してください。 |      |
| ④   | 推薦書<br>(様式 4)  | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ⑤   | 入学志望理由書<br>(様式 5)  | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ⑥   | 事例実績証明書・<br>看護要約Ⅰ (様式 6-1)<br>事例実績証明書・<br>看護要約Ⅱ (様式 6-2) | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ⑦   | 看護師免許証の写し<br>(様式 7-1)<br>特定行為研修了証の写し<br>(様式 7-2)         | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ⑧   | 実務研修報告書<br>(様式 8)  | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ⑨   | 入学検定料振込書<br>(様式 9)                                       | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ⑩   | 写真貼付票<br>(様式 10)   | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ⑪   | 入学検定料納付票<br>(様式 11)                                      | 出願書類の作成方法参照   |      |
| ⑫   | 受験票郵送用封筒<br>(110 円切手貼付)                                  | 受験票を送付する際に使用します。                                      |      |
| ⑬   | 入学試験成績開示申請書<br>必要時提出 (様式 12)                             | 出願書類の作成方法参照   |      |