

入学願書

英ウィメンズ・大阪信愛学院大学 生殖看護認定看護師教育研修センター長 殿

私は、英ウィメンズ・大阪信愛学院大学生殖看護認定看護師教育研修センター
教育課程「生殖看護」に入学したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 年 月 日

しめい
氏名(自署

)印

氏名は必ず自署し、
押印すること

生年月日 西暦 年 月 日生

現住所(〒)

TEL:() -

(様式 2)

受験番号:

日本看護協会非会員はこちらに○をつける

履 歴 書

(西暦) 2023 年 月 日現在

写真貼付 (5.0cm×4.0cm) 写真裏面に記名	JNA会員No.								非会員
	フリガナ								男・女
	氏名	常に連絡できる電話番号を記載すること							印
	生年月日	(西暦)	年	月	日生	(満)	歳)		

フリガナ		携帯電話	
現住所	〒	E-Mail	

フリガナ		病床数	床
所属機関 名称		看護体制	対1
設置主体	() *「申請書類の記入についての注意事項」の中から番号を記入		

所属機関 住所	〒	TEL	
		FAX	

免許取得年月日	看護師 (西暦)	年 月 日	第	号
	助産師 (西暦)	年 月 日	第	号
	保健師 (西暦)	年 月 日	第	号

学 歴(高校卒業時から記入)	
(西暦)	
年 月	
年 月から	
年 月まで	
年 月から	
年 月まで	
年 月から	
年 月まで	
年 月から	
年 月まで	

職 歴(看護師免許取得まで、看護職以外の職歴のみ記載、准看護師経歴も含む)	
年 月から	
年 月まで	
年 月から	
年 月まで	
年 月から	
年 月まで	

(様式3)

3. 専門分野における実務研修施設の概要

*施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する(様式をコピーして、記載する)

1	施設名称	
2	不妊治療を受ける患者の年間症例数	約()例/年
3	不妊症の専門外来の有無 専門医または認定医の有無 ARTの年間実施数	有・無 有()名・無 約()件/年
4	1. 不妊症看護認定看護師 2. 当該分野に関連する認定看護師・専門看護師 *上記該当者がいない場合のみ、申請者自身が生殖看護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。 記入例)教育担当師長、不妊症看護分野における経験5年以上を有する主任等	1. 不妊症看護認定看護師: 有()名・無 2. 母性看護専門看護師: 有()名・無 3. 上記1, 2がない場合 実務研修指導者(個人名でなく、職位等立場を記載してください)
5	自施設における ※ 特定行為研修修了者(区分)	・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 : 有 無
6	自施設における特定行為研修指定 研修機関の申請	・指定研修機関の申請: 済 申請中 未

4. 学会および研修会等の実績 (生殖看護分野における実績)

1)所属職能団体及び学会(生殖看護に関するもの) (*現在加入している団体のみ)			
2)学会参加状況			
学会名:	()	学会名:	()
学会名:	()	学会名:	()
学会名:	()	学会名:	()
3)研究発表などの実績(学術誌投稿など含む)			

(様式 4)

受験番号:

志望動機・理由書(この枠内に記載 700 字以内)

氏名

【教育機関用チェック欄】※ 申請者は、下記チェックリスト欄に記入しないでください。【必須要件】

- 日本国の看護師免許を有すること
- 上記の免許取得後、通算 5 年以上（入学時点で可）の実務研修を有すること
- 通算 3 年以上、生殖看護での看護実績を有する
- 性と生殖の健康に困難な課題及びリスクのある個人、家族への看護を 5 例以上担当した実績（不妊症患者の看護を 1 例以上含む）を有すること。
- 現在、生殖看護領域に関連する病棟・外来で勤務していることが望ましい。

勤務証明書

西暦 2023 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/したことを証明します。

1. 在職期間

【勤務形態 常勤勤務期間(1日__時間、週__日)である】

(西暦)____年__月より(西暦)____年__月まで

通算__年__ヶ月

6か月以上研修・休職期間

通算__年__ヶ月

【勤務形態 非常勤勤務期間(1日__時間、週__日)である】

(西暦)____年__月より(西暦)____年__月まで

通算__年__ヶ月

6か月以上研修・休職期間

通算__年__ヶ月

*休職期間には、産休・育休を含む

非常勤勤務時間は 150 時間を 1 か月として常勤換算する

通算常勤換算勤務期間 ____年__月間

2. 所属した部署の名称と具体的な業務・実績年数

当機関(施設)における職歴、専門分野の実務経験に相違ありません。

機関(施設)名 :

職位名※ :

氏名 :

印

機関(施設)所在地 :

(TEL)

※病院長あるいは看護部長が発行してください

(様式 7)

生殖看護領域の実践において、あなたが最も力を注いだ2事例の看護展開を、それぞれ1事例ずつ記載してください。

受験番号:

氏名 _____

性と生殖の健康に困難な課題およびリスクのある個人、家族への看護

性と生殖に健康に困難な課題およびリスクのある個人、家族の看護5例以上から、特に2事例(不妊症患者の看護を1例以上)を選択して下記の様式に従って、あなたの展開した看護実践を具体的に記述してください。

取り組んだ期間	年	月	日	~	年	月	日
取り組んだ場所							
対象の紹介:							
問題点・課題:							
看護実践:							
結果:							
分析・評価							

*個人や施設を特定できないよう、記号を用いたりして配慮ください。

(様式 7)

受験番号:

性と生殖の健康に困難な課題およびリスクのある個人、家族への看護
氏名 _____

性と生殖に健康に困難な課題およびリスクのある個人、家族の看護 5 例以上から、特に 2 事例(不妊症患者の看護を 1 例以上)を選択して下記の様式に従って、あなたの展開した看護実践を具体的に記述してください。

取り組んだ期間	年	月	日	～	年	月	日
取り組んだ場所							
対象の紹介:							
問題点・課題:							
看護実践:							
結果:							
分析・評価							

*個人や施設を特定できないよう、記号を用いたりして配慮ください。