

令和 8 年度
皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程
(特定行為研修を組み込んでいる教育課程)

募 集 要 項



公益社団法人 沖縄県看護協会

目 次

| | | |
|------|------------------------------------------|---|
| I | 公益社団法人 沖縄県看護協会教育理念・教育目的 | 1 |
| II | 公益社団法人 沖縄県看護協会皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程の概要 | 1 |
| | 1. 教育目的 | 1 |
| | 2. 期待される能力 | 1 |
| | 3. 教育内容・講義時間数 | 2 |
| | 4. 教育期間・年間計画 | 3 |
| | 5. 修了要件 | 3 |
| III | 令和8年度入学試験実施要項 | 3 |
| | 1. 教育課程募集分野・募集人員・日程 | 3 |
| | 2. 受験資格 | 4 |
| | 3. 試験会場 | 4 |
| | 4. 試験科目・実施時間 | 4 |
| | 5. 出願手続き | 5 |
| | 6. 個人情報の取り扱いについて | 6 |
| | 7. 注意事項 | 6 |
| | 8. 合格発表 | 6 |
| | 9. 入学手続きと受講料 | 6 |
| IV | 資格の取得 | 7 |
| V | 開示請求できる個人情報 | 7 |
| VI | その他 | 7 |
| VII | 願書提出書類 (願書提出書類 記入見本) 出願書類申請一覧確認リスト | 8 |
| VIII | 交通アクセス | |

I. 公益社団法人 沖縄県看護協会教育理念・教育目的

<教育理念>

沖縄県看護協会は、社会の変化に伴い多様化する人々の健康上のニーズに対応できる看護専門職の継続教育を支援する。看護専門職として、人々の生命の尊厳と権利を守り、常に最善なケアが提供できるように、生涯にわたってキャリア開発に取り組み、社会の人々に貢献できる人材育成を目指す。

<教育目的>

看護専門職として社会の人々のニーズに応えるため、看護職一人ひとりの看護実践能力、組織的役割遂行能力、自己教育・研究能力の維持、向上を目指す。

II. 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程（B 課程）の概要

1 教育目的

- 1) 皮膚・排泄ケア分野において、個人、家族及び集団に対して、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護を実践する能力を育成する。
- 2) 皮膚・排泄ケア分野において、看護実践を通して看護職に対し指導を行える能力を育成する。
- 3) 皮膚・排泄ケア分野において、看護職等に対しコンサルテーションを行える能力を育成する。
- 4) 皮膚・排泄ケア分野において、多職種と協働しチーム医療のキーパーソンとしての役割を果たせる能力を育成する。

2 期待される能力

- 1) 管理困難な創傷や皮膚障害を有する個人およびそのリスクのある個人を多角的に捉え、高い臨床推論力・病態判断力に基づいた高度な創傷管理や専門的なスキンケアができる。
- 2) 管理困難なストーマを有する個人を多角的に捉え、高い臨床推論力・病態判断力に基づいた専門的なストーマ管理やスキンケアができる。
- 3) 排泄障害を伴う個人及びそのリスクがある個人を多角的に捉え、高い臨床推論力・病態判断力に基づいた専門的な排泄管理やスキンケアができる。
- 4) 創傷管理や排泄管理を有する個人、家族及び集団に応じた管理ができるよう、身体的、心理的、社会的状況を多角的に捉えたうえで、問題解決のための指導ができる。
- 5) 皮膚・排泄ケア分野の対象にある個人、家族の権利を擁護し、自己決定を尊重した看護を実践できる。
- 6) あらゆる場で看護を必要とする対象に、より質の高い医療を提供するため、多職種と協働し、チーム医療のキーパーソンとして役割を果たすことができる。
- 7) 皮膚・排泄ケア分野において役割モデルを示し、看護職への指導、看護職等へのコンサルテーションを行うことができる。

3. 教育内容、講義時間数

| 科目名 | | 教科目名 | 時間数＊ | |
|-------|----------------|-----------------------|------------------|-------------------|
| 共通科目 | | 1.臨床病態生理学 | 41.2(31) | 381.8 (287.25) |
| | | 2.臨床推論 | 45(33.75) | |
| | | 3.臨床推論：医療面接 | 15(11.25) | |
| | | 4.フィジカルアセスメント：基礎 | 30(22.5) | |
| | | 5.フィジカルアセスメント：応用 | 30(22.5) | |
| | | 6.臨床薬理学：薬物動態 | 15(11.25) | |
| | | 7.臨床薬理学：薬理作用 | 15(11.25) | |
| | | 8.臨床薬理学：薬物治療・管理 | 30(22.5) | |
| | | 9.疾病・臨床病態学概論 | 40(30) | |
| | | 10.疾病・臨床病態学概論：状況別 | 15.3(11.5) | |
| | | 11.医療安全学：医療倫理 | 15(11.25) | |
| | | 12.医療安全学：医療安全管理 | 15(11.25) | |
| | | 13.チーム医療論（特定行為実践） | 15.3(11.5) | |
| | | 14.特定行為実践 | 15(11.5) | |
| | | 15.指導 | 15(11.5) | |
| | | 16.相談 | 15(11.5) | |
| | | 17.看護管理 | 15(11.5) | |
| 専門科目 | 認定看護分野専門科目 | 1.皮膚・排泄ケア概論 | 15 | 195 |
| | | 2.皮膚のアセスメントとケア | 30 | |
| | | 3.精神面のアセスメントとケア | 15 | |
| | | 4.排便機能に破綻をきたす病態の理解と評価 | 15 | |
| | | 5.排尿機能に破綻をきたす病態の理解と評価 | 15 | |
| | | 6.ストーマの管理 | 30 | |
| | | 7.排泄障害の管理 | 30 | |
| | | 8.創傷のアセスメントと管理 | 45 | |
| | 特定行為研修区分別科目 | 1.栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 21.3(16) | 66.6(50) |
| | | 2.創傷管理関連 | 45.3(34) | |
| 演習・実習 | 統合演習 | | 15 | 165 (123.75) |
| | 臨地実習（認定分野） | | 150 | |
| | 臨地実習（特定行為研修区分） | | 各特定行為 5 症 例以上 | |
| | | | 合計時間数 | 808.4 |

*認定看護師教育基準カリキュラムでは 45 分を 1 時間とみなす「みなし時間」を適用しているため全て「みなし時間」で設定し表記しています。

*特定行為研修にあたる科目は括弧内に 60 分を 1 時間に換算した時間を併記しています。

*臨地実習には認定分野と特定行為区分があり、本会の協力施設として厚生省および日本看護協会の認可を得た協力施設で行う。特定行為研修区分に関する臨地実習期間は 12 週間予定しています。

4. 教育期間・年間計画

1) 教育期間：令和8年4月15日（水）～令和9年3月19日（金）

2) 年間計画

| 年度 | 月 | 科目の進度 |
|--------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026 年 | 4 月～8 月 | 共通科目講義（e ラーニング） 区分別科目講義（e ラーニング） ※共通科目毎に演習・実習（e ラーニング・対面）観察評価（対面） ※科目毎に科目修了試験 |
| | 8 月上旬 | 区分別科目演習・実習 観察評価 OSCE |
| | 9 月上旬～10 月下旬 | 認定分野専門科目講義・演習、科目試験 |
| | 10 月下旬～11 月中旬 | 認定分野臨地実習 |
| 2027 年 | 2026 年 12 月～2027 年 2 月中旬 | 特定行為区分別実習 ◇下記の特定行為区分の特定行為を 5 症例以上経験する ①褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 ②創傷に対する陰圧閉鎖療法 ③持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 ④脱水症状に対する輸液による補正 |
| | 2 月下旬 | 統合演習 |
| | 3 月上旬 | 修了試験 |
| | 3 月 19 日 | 卒業式 |

※1 e ラーニングは自宅及び自施設での受講が可能です。但し、授業内容によっては当協会へ来館が必要です。

※2 区分別科目実習は、実習期間中に必要な症例を経験します。

※3 認定看護分野の臨地実習は県内の協力施設で行います。但し、特定行為実習は、研修生自身の所属施設で実習することを基本とします。

5. 修了要件

全ての授業科目に合格し、かつ修了試験に合格した履修生に対して、本課程の修了を認定します。修了を認定した者に修了証書及び履修証明書を授与します。

Ⅲ. 令和8年度 入学試験実施要項

1 教育課程募集分野・募集人員・日程

| | |
|-------|----------------------------|
| 教育課程名 | 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程（B 課程） |
| 募集人員 | 15 名 |
| 入学試験日 | 令和8年2月20日（金） 9：30～16：00 |
| 出願期間 | 令和7年12月15日（月）～令和8年1月16日（金） |
| 合格発表 | 令和8年2月27日（金）午前10時 |

2 受験資格

受験資格については、以下の要件をすべて満たしているものとする。

- 1) 日本国の看護師免許を有すること。
- 2) 日本国の看護師免許を取得後、通算 5 年以上^{注 1)}実務研修^{注 2)}をしていること。
- 3) 皮膚・排泄ケア分野の実務研修^{注 3)}を行っていること。

注 1) 令和 7 年 12 月 31 日時点で看護実務経験が 60 カ月以上であることを意味する。ただし、願書提出時、看護実務経験が 60 カ月に満たない場合は、令和 8 年 4 月 1 日付で 60 カ月以上を満たす勤務証明書・実務研修報告書をすみやかに提出すること。

注 2) 実務研修とは、実際に勤務し看護実務を経験したことを指す。実務研修について、フルタイム勤務でない場合には、1,800 時間以上の勤務時間を 1 年相当とみなす。

注 3) 下記の (1) ～ (3) で示している看護実務経験を意味する。

(1) 皮膚・排泄ケアを有する患者が多い保険医療施設、または在宅ケア領域で看護実績を通算 3 年以上^{注 4)}有すること。

(2) 皮膚・排泄ケア領域における看護を 5 例以上担当した実績を有すること。
(ただし、創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各 1 例以上含むこと)

(3) 現在、皮膚・排泄ケア領域における看護に携わっていることが望ましい。

注 4) 通算 3 年以上とは令和 7 年 12 月 31 日時点で通算 36 カ月以上を意味する。

- 4) 沖縄県内の医療施設等に常勤で勤務している者（または勤務予定の者）

3 試験会場

公益社団法人 沖縄県看護協会 4 階 第 5 研修室

4 試験科目・実施時間

1) 選考方法：筆記試験、面接試験

2) 試験科目

- (1) 筆記試験

専門科目Ⅰ・専門科目Ⅱ

- (2) 面接試験

3) 実施時間

| 試験方法 | 試験科目 | 試験時間 |
|------|---------------------------|-------------|
| 筆記試験 | 専門科目Ⅰ（皮膚・排泄ケア領域選択式一般問題） | 9：30～10：30 |
| | 専門科目Ⅱ（皮膚・排泄ケア領域選択式状況設定問題） | 11：00～12：00 |
| 面接試験 | 面接 | 13：00～15：00 |

4) 受験上の注意事項

- (1) 試験当日は、受験票及び筆記用具を必ず持参してください。
- (2) 試験開始後の遅刻は、原則として認めません。
- (3) 試験会場では、受験票と同じ受験番号に着席し受験票を机の上に置いてください。
- (4) 試験時間中に使用するものは、鉛筆（HB 以上の濃さ、シャープペンシル可）、消しゴムのみとする。
- (5) 昼食は、各自持参してください。

5. 出願手続き

1) 願書受付期間

令和7年12月15日(月)～令和8年1月16日(金) 当日消印有効

2) 提出書類

- (1) 様式1 受験願書
- (2) 様式2 履歴書
- (3) 様式3 勤務証明書
- (4) 様式4-1～4-3 実務研修報告書
- (5) 様式5 推薦書(※推薦書の記載は看護部長相当の上司に依頼してください)
- (6) 様式6 志望理由書
- (7) 様式7-1～7-2 事例経験書、事例要約書
- (8) 様式8 写真票、受験票、受験検定料振り込み明細書コピー
(※写真票、受験票の受験番号欄は記入しないでください)

*様式1～8、12 出願申請確認リストは、沖縄県看護協会ホームページよりダウンロードしてください。

- (9) 入学選抜試験検定料振り込みの受領書の写し(指定口座への入金を確認できるもの)
- (10) 看護師免許証の写し1部(A4サイズに縮小)
- (11) 受験票返信用封筒(長計3号封筒:23.5×12cmを各自用意し、受験者の氏名・住所を記入し、簡易書留料金分の切手を貼付する)
- (12) 出願申請書類一式確認リスト

3) 提出方法

表に皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程(B課程)出願書類在中と明記の上、
レターパックプラス(520円 赤色)で期日までに下記あてに郵送してください。

〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町新川 272 番地 17
公益社団法人 沖縄県看護協会
皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程(B課程) 担当 宛

4) 入学検定料

55,000円(消費税込み)

- (1) 既納の入学検定料は、原則として返還できませんのであらかじめご了承ください。
- (2) 振込手数料は、各自でご負担ください。

<振り込み先>
振込先銀行：琉球銀行南風原支店
預金種目：普通預金
口座番号：381122
口座名：沖縄県看護協会 会長
受取人住所：沖縄県南風原町新川 272 番地 17
TEL 098-888-3155

＊口座に振り込みのうえ、振り込みを確認できるもの（明細書）を発行し、様式 8 の受験検定料振込通知、貼付欄に貼付してください。インターネットバンキングを利用する場合は、振込完了を確認し、「振込明細照会」、「取引明細照会」など入金が証明できるものを印刷して添付してください。

5) 出願上の注意事項

- (1) 提出書類に不備がある場合は、受理できないこともありますのでご注意ください。
- (2) 出願書類等を受理した後は、出願事項の変更を認めません。
- (3) 出願書類等に虚偽の記入をした者は、入学後でも入学許可を取り消すことがあります。
- (4) 受理した出願書類は、いかなる理由があっても返還しません。

6) 受験票の発行

- 1) 提出書類一式を審査後、受験申請者により同封された受験票返信用封筒を用いて受験票を郵送します。
- 2) 令和 8 年 1 月 30 日(金)までに受験票が届かない場合は、沖縄県看護協会まで連絡して下さい。入学試験時には受験票を必ず携帯して下さい。受験票のない方は受験できませんのでご注意ください。

6. 個人情報の取扱いについて

出願にあたってご記入いただいた個人情報は、本会の認定看護師教育課程の入学試験、合格発表、受講手続等、これらに付随する業務においてのみ利用し、それ以外の目的には利用致しません。

7. 注意事項

皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程（B 課程）は、原則として国民の祝日及び土日を除く日に講義を予定しています。ただし、講師などの都合で国民の祝日及び土日でも講義を行うことがあります。

8. 合格発表

- 1) 発表日時
令和 8 年 2 月 27 日（金）午前 10 時
- 2) 発表方法
公益社団法人 沖縄県看護協会のホームページ上で合格者の受験番号を公開します。
<http://www.oki-kango.or.jp>（2 週間掲載）
- 3) 試験結果の通知
合格者にのみ合格通知書及び入学手続に必要な書類を送付します。
※可否の結果に関する電話等による問い合わせには応じられません。

9. 入学手続きと受講料

合格者は、次の期間内に入学手続を完了して下さい。入学手続に関する詳細および必要書類等は合格通知に同封します。

1) 手続き期間

令和8年3月2日(月)～ 令和8年3月27日(金) 午後3時

2) 納付金

| | 入学金 | 授業料(実習費含む) | 合計 |
|-----|---------------|-----------------|-----------------|
| 会員 | 55,000 円(税込) | 1,650,000 円(税込) | 1,705,000 円(税込) |
| 非会員 | 110,000 円(税込) | 2,475,000 円(税込) | 2,585,000 円(税込) |

*会員とは、受講手続き時点及び受講時も日本看護協会会員(沖縄県看護協会会員)である者をいう。

*非会員とは日本看護協会に加入していない者をいう。

*納付金は原則として返還致しませんのであらかじめご了承ください。

*金融機関の振込依頼書で振り込んで下さい。

*その他教材費、実習期間中の交通費、実習前の抗体検査等は個人負担となります。

<振り込み先>

振込先銀行：琉球銀行南風原支店

預金種目：普通預金

口座番号：381122

口座名：沖縄県看護協会 会長

受取人住所：沖縄県南風原町新川 272 番地 17

TEL 098-888-3155

IV. 資格の取得

教育課程修了者は、公益社団法人日本看護協会が行う認定看護師認定審査「皮膚・排泄ケア」分野を受験する資格が得られます。

V. 開示請求できる個人情報

受験者本人が受験者本人に係る認定看護師教育課程入学試験の成績を口頭により開示請求した場合は、沖縄県看護協会個人情報保護規程に基づき開示します。

| | |
|------|--------------------------------------------------|
| 開示内容 | 全試験の総合得点 |
| 受付期間 | 令和8年2月27日(金)から令和8年3月6日(金) 但し、国民の祝日及び土・曜日を除きます |
| 受付時間 | 午前10時から正午まで、及び午後1時から午後3時まで |
| 受付場所 | 沖縄県看護協会 看護研修センター(受付2階事務室) |
| 必要書類 | 受験票を持参して下さい |

VI. その他

- 1 研修では、研修生各自のノートパソコンが必須となります。ノートパソコンをお持ちでない方は、ノートパソコンの準備とインターネット接続が必要になります。また、研修開始までに Word・Excel・PowerPoint の基本的な操作ができるようにして下さい。
- 2 研修期間中は、看護職賠償責任保険または Will2 保険に加入していることが必須です。
- 3 沖縄県看護協会看護研修センターは施設内禁煙です。
- 4 認定看護師教育課程の入学生は、沖縄県看護協会奨学金貸与や日本看護協会認定看護師教育課程奨学金に応募することができます。

願書提出書類

様式 1

※受験番号

(記載不要)

受 験 願 書

公益社団法人 沖縄県看護協会

会長 平良 孝美 殿

私は、公益社団法人 沖縄県看護協会における皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程（B 課程）へ受験いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

現住所 〒

自宅電話番号() —

携帯電話番号

ふりがな

氏名(自署)_____ 印

履 歷 書

西曆 年 月 日現在

3 か月以内に撮影したもの。写真裏面に氏名、生年月日を記名すること。様式 8 の写真票と受験票の写真は同一の写真を使用すること

| | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ふりがな | | 男・女 |
| 氏名 | | 印 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生（満 歳） | |

| | | |
|------|---|----------------|
| ふりがな | | 自宅() |
| 現住所 | 〒 | 携帯電話 E-mail |

| | |
|-------|--|
| ふりがな | |
| 所属施設名 | |

| | | |
|------|---|----------------------------------------------|
| 所属施設 | 〒 | TEL |
| 住 所 | | () — 所属部署もしくは内線番号 () 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 |

学 歴（高等学校卒業時から記入）

[illegible]

勤 務 証 明 書

記入日 西暦 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 (どちらかに○)ことを証明します。

| 在職期間 (西暦記載) | 所属部署 (診療科が分かるように記入してください) | 勤務形態 (どちらかに○) |
|--------------|------------------------------|------------------|
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | ()外来・()病棟・その他 () | 常勤 ・ 非常勤 |

(注)准看護師歴、産休・育休期間、その他の休職期間は除いてご記入ください。

通算 年 か月間 (例)非常勤の場合、1日 6 時間、週 5 日、月 120 時間である

非常勤の場合、1日 時間、週 日、月 時間である

機 関 (施設)名:

職 位:

施設代表者氏名: 印

機関(施設)所在地: 〒

電話番号: FAX:

※人事課あるいは看護部長の職位の方がご証明ください

実務研修報告書

氏名

1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| (西暦記入) 1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位) | |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名： |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名； |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名； |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名； |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名； |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名； |
| 合 計 | か月間 (年 カ月) ※2025 年 12 月末現在 |
| 2) 全実務研修期間のうち認定看護分野に関わるもの (所属施設名、所属部署名、職位) ※所属部署名については、皮膚・排泄ケア領域における分野歴がわかるよう記入する | |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名： |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名： |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名： |
| 年 月 日～ 年 月 日 (カ月間) | 所属施設名： 職位； 所属部署名： |
| 認定看護分野合計 | か月間 (年 カ月) ※2025 年 12 月末現在 |

氏名

実務研修報告書

1. 認定看護分野における施設概要 施設名：（ ）

| | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1) 皮膚・排泄ケア分野における 診療報酬の有無 | 1. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算算定： 有 ・ 無 2. 排尿自立支援加算算定： 有 ・ 無 3. 在宅患者訪問看護・褥瘡専門訪問看護指導料算定： 有 ・ 無 4. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料： 有 ・ 無 5. がん患者指導管理料： 有 ・ 無 6. 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算算定： 有 ・ 無 7. 持続的難治性下痢便ドレナージ加算算定： 有 ・ 無 8. 糖尿病合併症管理料算定： 有 ・ 無 9. 当該分野に関する専門医または認定医： 有 ・ 無 10 いずれも無の場合、褥瘡ケアに係る専任の看護師： 有 ・ 無 |
| 1-2) 皮膚・排泄ケア分野に関する専門 外来の有無及び年間外来受診者数 | 1. ストーマ外来： 有 (年間 例) ・ 無 2. 失禁外来： 有 (年間 例) ・ 無 3. 創傷外来： 有 (年間 例) ・ 無 4. その他： () 外来 (年間 例) |
| 1-3) 皮膚・排泄ケア分野の認定看護師の 有無 | 1. 皮膚・排泄ケア認定看護師： 有 (A 課程 名・B 課程 名) ・ 無 2. 糖尿病認定看護師： 有 (名) ・ 無 3. 専従皮膚・排泄ケア認定看護師褥瘡管理者： 有 ・ 無 |
| 1-4) 特定行為研修修了者の人数 | 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 有 () 名 ・ 無 「創傷管理関連」 有 () 名 ・ 無 |

2. 実務研修の実績 概要 ※様式 4-1 で記載した認定看護分野における看護実務研修期間において、
ストーマケア及び創傷ケア、失禁ケアを主として担当した通算の事例数

| 施設名 | 担当事例数 |
|-----|------------------------------------------------------------------|
| | ストーマケア 事例数： 通算 () 例 創傷ケア 事例数： 通算 () 例 失禁ケア 事例数： 通算 () 例 |

(注)下記は教育機関チェック項目のため記入しないこと

【教育機関チェック欄】 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 年以上実務研修をしている
- ☐実務研修期間のうち認定看護分野の実務研修の実績がある
- ☐通算 3 年以上、皮膚・排泄ケア領域における看護実践がある
- ☐皮膚・排泄ケア領域の看護 5 例以上担当した実績があり
創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各1例以上含むこと

氏名

3. 認定看護分野における研修の実績 (専門領域における研修会等への参加)

| 研修内容 (学会・研究会・講習会・セミナー等の参加) | |
|----------------------------|--|
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 看護研究業績 (学会発表・論文・執筆等) | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 所属学会 (複数記載可) 有 ・ 無 | |

推 薦 書

記入日 西暦 年 月 日

受験者氏名 _____

上記の者を皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程（B 課程）の受講生として、専門教育を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

当教育課程は、特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程です。

別紙（「特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程（B 課程）について」）をご参照ください

☐ 理解しました

推薦者氏名（自署）：

印

所属機関（施設）：

職 位：

所属機関（施設）所在地：〒

電話番号：

FAX：

特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程 (B 課程) について

1. 当教育課程は、特定行為研修【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】、【創傷管理関連】を組み込んでいる皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程 (B 課程) です。
2. 特定行為研修の共通科目、および区分別科目「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「創傷管理関連」は、e ラーニングシステムを活用し履修します。必要に応じ当館にて講義、演習、実技などを予定しております。
3. 特定行為研修に関する実習は、研修生自身の所属施設 (自施設) を基本としています。但し所属施設の要件を満たさない、あるいは、要件を満たしていても症例数が不足する場合に限り、公益社団法人沖縄県看護協会が申請時に契約した協力施設で臨時実習を行います。

<特定行為研修を自施設で行う意義>

- ・自施設の指導医と協働する体制を構築し、研修修了後も継続して特定行為を行う基盤ができる。
- ・研修生自身が指導医や管理者と話し合いをすることで、認定看護師に必要な調整能力や交渉する力を身につける一歩となる。
- ・自施設の組織体制の特徴を把握し、認定看護師として活動するために必要な課題に気付くことができる。

上記についてご理解頂いた場合は、推薦書 (様式 5) の□に✓を記入してください。

なお、✓の有無が入学試験の評価に関わることは一切ありません。

※受験者が看護部長相当の上司に推薦書 (様式 5) を依頼する際は、この用紙を添えて依頼してください。

志 望 理 由 書

記入日 西暦 年 月 日

氏名： _____

下記の内容について記載してください。

1) 志望動機 2) 修了後の活動計画や展望

様式 7-1

※受験番号
(記入不要)

事例経験書

氏名

| 事例 | 患者プロフィール | 看護の展開 | 問題点と対応の評価 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------|-----------|
| 【Ⅰ】 <input checked="" type="checkbox"/> 創傷ケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | | |
| 【Ⅱ】 <input checked="" type="checkbox"/> ストーマ ケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | | |
| 【Ⅲ】 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄ケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | | |
| 【Ⅳ】 <input type="checkbox"/> 創傷ケア <input type="checkbox"/> ストーマ ケア <input type="checkbox"/> 排泄ケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | | |
| 【Ⅴ】 <input type="checkbox"/> 創傷ケア <input type="checkbox"/> ストーマ ケア <input type="checkbox"/> 排泄ケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | | |

事 例 要 約 書

氏名

※様式 7-1 から 1 事例を選択し番号を記入すること

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| 事例 【 】 | | |
| 看護した期間： 西暦 年 月 日～ 年 月 日 | | |
| 【患者プロフィール】 | | |
| 【看護問題】継続問題には # 印をつける | 【看護実践の経過】 | 【評価】 |
| | | |

氏名 _____

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| 公益社団法人 沖縄県看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師 (B 課程) 2026 年度入学選抜試験 2026 年 月 日実施 | |
| 写真票 | 受験番号※ |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 写真貼付 (縦 4cm×横 3cm) 写真裏面に 氏名と生年月日を 記入のこと | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| 公益社団法人 沖縄県看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師 (B 課程) 2026 年度入学選抜試験 2026 年 月 日実施 | |
| 受験票 | 受験番号※ |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| <試験会場> 沖縄県島尻郡 南風原町字新川 272 番地 17 | |
| 写真貼付 (縦 4cm×横 3cm) 写真裏面に 氏名と生年月日を 記入のこと | |

受験検定料振込通知

貼付欄

注意

1.「払込人住所氏名」を記載した下記の
①、②、③いずれかのみで貼付してくだ
さい。

- ①「振替払込請求書兼受領証」
 - ②「ご利用明細票」(ATM)
 - ③インターネットバンキング
- 「振込明細照会」「取引明細照会」等

いずれかのコピーを貼付してください。

(氏名は、必ず出願者本人とする)

※振替払込請求書兼受領証、「ご利用明
細票」(ATM)、インターネットバンキングで
は、入金証明できるもの、いずれかのコ
ピーを貼付していない出願書類は、受け付
けません。

(注) ※写真票、受験票の受験番号欄
は記入しないこと

※受験番号

(記入不要)

氏名

出願申請書類一式確認リスト

* 申請書類確認リストも同封し郵送してください

| 様式 | 提出書類 | 留意点 | ご本人 チェック 欄 | 本会 チェック欄 |
|------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|
| 様式 1 | 受験願書 | | | |
| 様式 2 | 履歴書 | 3 か月以内に撮影したもの。写真裏面に氏名、生年月日を記名し様式 8 と同一の写真使用。 | | |
| 様式 3 ※必要時 様式 3-2 | 勤務証明書 | 現在の職場で要件を満たさない場合は、 <u>現職場、前職場の分の証明が必要になり、様式 3 が 2 枚必要になります</u> のでご注意ください。 | | |
| 様式 4-1 | 実務研修報告書 | 様式 3【勤務証明書】と記載内容が相違ないかご確認してください。2) 全実務期間で認定分野に関わるもの、認定分野での看護実践ができる部署であることが分かるよう記載 | | |
| 様式 4-2 | 実務者研修報告書 | 1) 認定分野における施設概要 2) 実務研修の実践概要で（認定分野領域の通算事例数） | | |
| 様式 4-3 | 認定分野における研修等への参加実績 | 認定分野における研修、講習会などへの参加実績（実績がない場合は記載不要です） | | |
| 様式 5 | 推薦書 | 看護部長相当の職位の方にご記入を依頼してください | | |
| 様式 6 | 志望理由書 | 枠内に記入、枠の大きさ変更不可 | | |
| 様式 7-1 | 事例経験書 | 創傷、ストーマ、排泄ケア各 1 例以上含み、合計 5 例以上の事例。同一患者の事例は不可。 様式 7-2【事例要約書】は、様式 7-1 の事例から 1 事例を選択し記載する。枠の大きさ変更不可、フォント、行間は文字が識別できる範囲で変更可（最小 9Pt まで） | | |
| 様式 7-2 | 事例要約書 | | | |
| 様式 8 | 写真、受験票、受験検定料 | 写真票、受験票、受験検定料振込明細コピー添付 様式 2【履歴書】と同一の写真を使用、写真裏面へ氏名、生年月日を記入してください。 写真票、受験票の受験番号欄は記入しないでください。 | | |
| 看護師免許証の写し | | A4 サイズに縮小した看護師免許証 1 部 | | |
| 受験票返信用封筒 | | 長計 3 号封筒：23.5×12 cm、受験者氏名・住所を記入し、簡易書留料金分の切手貼付 | | |

記入見本

※受験番号
(記載不要)

受験願書

公益社団法人 沖縄県看護協会

会長 平良 孝美 殿

私は、公益社団法人 沖縄県看護協会における皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程 (B 課程)へ受験いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

(記入日) 西暦 2025 年 12 月 X 日

現住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
(都道府県から記入)

沖縄県島尻郡南風原町字新川272-1ハイツ看護123

携帯電話、自宅電話なければ記載不要です

TEL 08X-987X-123X(携帯)
(09X)94X-777X(自宅)

自署で記入してください

ふりがな おきなわ たろう
氏名(自署) 沖縄 太郎 印

記入見本

履歴書

(記入日) 西暦 年 月 日現在

写真貼付
(4 cm×3 cm)
3 か月以内に撮影したもの。写真裏面に氏名、生年月日を記名すること。様式 8 の写真票と受験票の写真は同一の写真を使用すること

| | | |
|------|-----------------------------|-----|
| ふりがな | おきなわ たろう | 男・女 |
| 氏 名 | 沖縄 太郎 | 印 |
| 生年月日 | 西暦 1991 年 1 月 1 日生 (満 34 歳) | |

| | | |
|------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| ふりがな | おきなわけん しまじりぐん あざ あらかわ はいつ かんご | TEL (09X) 94X-777X |
| 現住所 | 〒○○○-○○○○ (都道府県から記載) 沖縄県島尻郡南風原町字新川272-1ハイツ看護123 | (自宅電話無ければ記載不要) 携帯電話08X-987X-123X E-mail : kang@ok-nawa.or.jp |

| | |
|------|-----------------------------|
| ふりがな | こうえきしゃだんほうじん おきなわけんかんごびょういん |
|------|-----------------------------|

| | |
|------------|---------------|
| 所 属 施設名 | 公益社団法人沖縄県看護病院 |
|------------|---------------|

E-mail アドレスは、正確・明瞭に記入してください(数字とアルファベットの区別、ハイフンとアンダーバーの区別などがわかるように) ※出願に関する本協会からの連絡は、原則 PC 宛に送信します。

| | | |
|-------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 所属施設 住 所 | 〒901-1105 沖縄県島尻郡字新川272番地17 | (○○○) ○○○-1111 所属部署もしくは内線番号 () FAX () - |
|-------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|

| | | |
|---------|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| 免許取得年月日 | (保健師) 西暦 年 月 日 (助産師) 西暦 年 月 日 (看護師) 西暦 200X 年 5 月 1 日 | 号 号 12345678XX 号 |
|---------|-------------------------------------------------------------|------------------------|

| | | |
|-------------------|--|--|
| 学 歴 (高等学校卒業時から記入) | | |
|-------------------|--|--|

| | |
|------------------|-------------|
| 西暦 2003 年 3 月 | 沖縄高校 普通科 卒業 |
|------------------|-------------|

免許取得日および番号の記入の間違いにご注意してください。

| | |
|------------|---------------------|
| 2003 年 4 月 | 沖縄看護大学 看護学部 看護学科 入学 |
|------------|---------------------|

| | |
|------------|---------------------|
| 2007 年 3 月 | 沖縄看護大学 看護学部 看護学科 卒業 |
|------------|---------------------|

| | |
|-----|--|
| 年 月 | |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| 年 月 | |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| 年 月 | |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| 年 月 | |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| 年 月 | |
|-----|--|

記入見本

勤務証明書

記入日 西暦 2025 年 12 月 X 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 (どちらかに○)ことを証明します。

どちらかに必ず○をしてください

| 在職期間 | 所属部署 (診療科が分かるように記入してください) | 勤務形態 (どちらかに○) |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|
| (例) 西暦 200〇年〇月〇日～200〇年〇月〇日 | ()外来 ()病棟 その他 (ICU) | 常勤・非常勤 |
| (例) 西暦 20〇〇年〇月〇日～20〇〇年〇月〇日 | (消化器外科)外来 ()病棟 その他 () | 常勤・非常勤 |
| 西暦 2023 年 4 月 1 日～2025 年 12 月 1 日 在職中 | ()外来 ()病棟 その他 (訪問看護) | 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 |
| 在職時は、「在職中」と記載 記入日までの在職期間、もしくは過去に勤務していた職 場の場合は退職日までの在職期間を記入してください | 担当の診療科が複数存在する場合は、皮膚・排泄ケア分野に関 連する診療科を優先して記入してください | 常勤・非常勤 |
| | | 常勤・非常勤 |
| | | 常勤・非常勤 |
| | | 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 |

(注)准看護師歴、産休・育休期間、その他の休職期間は除いてご記入ください。

通算 2 年 8 か月間

(例)非常勤の場合、1日 6 時間、週 5 日、月 120 時間である

非常勤の場合、1日 7 時間、週 5 日、月 140 時間で

ある

機関(施設)名: 沖縄訪問看護ステーション

職 位: 施設長

施設代表者氏名: 那覇 沖子 印

機関(施設)所在地: 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

那覇市〇〇〇番地

電話番号: 〇〇〇-123-4567 FAX: 〇〇〇-567-1234

非常勤務の場合は勤務月数の計算には実質勤務時間が必要となります。例「勤務時間が月 140 時間(1 日 7 時間×20 日)を 1 ヶ月として換算するため、1 ヶ月の勤務時間がわかるようにご記入ください。

現在の職場で通算 5 年以上の実務研修期間、皮膚・排泄ケア分野における 3 年以上の実務研修期間を満たす場合は、様式3はその職場の分のみご提出ください

※記入例の場合は、要件を満たさないため前職場の分の証明分も様式3が必要です。期間を満たさない場合は、様式3は現・前職場分の2枚提出が必要です。記入例 (様式 3-2 参照)

※人事課 あるいは看護部長の職位の方がご証明ください

記入見本

※受験番号

(記載不要)

※現職場で通算実務経験、認定分野の実務研修期間を満たさない場合は、前職場の証明のため様式3が必要です

勤務証明書

記入日 西暦 2025 年 12 月 X 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 (どちらかに○)ことを証明します。

| 在職期間 | 所属部署 (診療科が分かるように記入してください) | 勤務形態 (どちらかに○) |
|--------------------------------|------------------------------|------------------|
| (例)西暦 2007 年○月○日～2010 年○月○日 | ()外来・()病棟・その他 (ICU) | 常勤・非常勤 |
| (例)2010 年○月○日～2015 年○月○日 | (消化器・泌尿器外科)外来・()病棟・その他() | 常勤・非常勤 |
| 2007 年 4 月 1 日～2009 年 3 月 31 日 | ()外来・(内科)病棟・その他() | 常勤・非常勤 |
| 2009 年 4 月 1 日～2018 年 3 月 31 日 | ()外来・(消化器外科)病棟・その他 () | 常勤・非常勤 |
| 2018 年 4 月 1 日～2023 年 3 月 31 日 | ()外来・(整形外科)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 |

(注)准看護師歴、産休・育休期間、その他の休職期間は除いてご記入ください。

通算 16 年 0 か月間 (例)非常勤の場合、1日 6 時間、週 5 日、月 120 時間である

非常勤の場合、1日 _____ 時間、週 _____ 日、月 _____ 時間である

機関(施設)名: 沖縄那覇病院

職 位: 施設長

施設代表者氏名: 那覇 花子 印

機関(施設)所在地: 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

那覇市〇〇〇番地

電話番号: 〇〇〇-123-4567

FAX: 〇〇〇-567-1234

※人事課あるいは看護部長の職位の方がご証明ください

様式 4-1

記入見本

※受験番号
(記入不要)

実務研修報告書

氏名

1.実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

| (西暦記入) 1)全実務研修期間及び実務研修施設名(所属施設名、所属部署名、職位) | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2007 年 4 月 1 日～2009 年 3 月 31 日 (24 か月) | 所属施設名: 沖縄那覇病院 所属部署名: 内科病棟 職位:スタッフナース |
| 2009 年 4 月 1 日～2018 年 3 月 31 日 (108 か月) | 所属施設名: 沖縄那覇病院 所属部署名:消化器外科病棟 職位:スタッフナース |
| 2018 年 4 月 1 日～2023 年 3 月 31 日 (60 か月) | 所属施設名: 沖縄那覇病院 所属部署名: 整形外科病棟 職位: 主任 |
| 2023 年 4 月 1 日～2025 年 12 月 1 日 (31 か月) 在職中 | 所属施設名: 沖縄訪問看護ステーション 所属部署名: 訪問看護 職位: 主任 |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 (か月) | 様式3の【勤務証明書】と様式4-1【実務研修報告書】は記載の内容が相違ないか必ず確認してください。 在職中であれば 記入見本のように「在職中」と記載してください |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 (か月) | |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 (か月) | |
| 合 計 | |
| 223 か月間 (18 年 6 か月) ※2025 年 12 月末現在 | |

| 2)全実務研修期間のうち認定看護分野に関わるもの(所属施設名、所属部署名、職位) ※所属部署名については、皮膚・排泄ケア領域における分野歴がわかるよう記入する | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 2009 年 4 月 1 日～2018 年 3 月 31 日 (108 か月間) | 所属施設名: 沖縄那覇病院 職位: スタッフナース 所属部署名: 消化器外科(ストーマ造設患者約 13 例/年 等 |
| 2018 年 4 月 1 日～2023 年 3 月 31 日 (60 か月間) | 所属施設名: 沖縄那覇病院 職位: 主任 所属部署名: 整形外科病棟で2年間褥瘡リンクナース 等 |
| 2023 年 4 月 1 日～2025 年 12 月 1 日 (31 か月間) | 所属施設名: 沖縄訪問看護ステーション 職位: 主任 所属部署名: オストメイトが年間5名程度、褥瘡保有者が年間5名程度利用している、等 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | |

「例:東2病棟など、独自の病棟名ではなく、診療科、皮膚・排泄ケア領域の分野での看護実践ができる部署であることが分かるように部署の詳細を記載する

| | |
|----------|-----------------------------------------|
| 認定看護分野合計 | 199 か月間 (16 年 7 か月) ※2025 年 12 月末現在 |
|----------|-----------------------------------------|

氏名

実務研修報告

1. 認定看護分野における施設概要 (施設名: ○○法人○○会○○病院)

| | |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1) 皮膚・排泄ケア分野における診療報酬の有無 | 1. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算算定: 有・無 2. 排尿自立支援加算算定: 有・無 3. 在宅患者訪問看護・褥瘡専門訪問看護指導料算定: 有・無 4. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料: 有・無 5. がん患者指導管理料: 有・無 6. 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算算定: 有・無 7. 持続的難治性下痢便ドレナージ加算算定: 有・無 8. 糖尿病合併症管理料算定: 有・無 9. 当該分野に関する専門医または認定医: 有・無 10. いずれも無の場合褥瘡ケアに係る専任の看護師: 有・無 |
| 施設名を記入し、その施設概要に該当があれば○、人数を記載してください | |
| 1-2) 皮膚・排泄ケア分野に関する専門外来の有無及び年間外来受診者数 | 1. ストーマ外来: 有 (年間 ○○ 例) ・ 無 2. 失禁外来: 有 (年間 例) ・ 無 3. 創傷外来: 有 (年間 例) ・ 無 4. その他: (フットケア) 外来 (年間○○ 例) |
| 1-3) 皮膚・排泄ケア分野の認定看護師の有無 | 1. 皮膚・排泄ケア認定看護師: 有 (A 課程○名) (B 課程○名) ・ 無 2. 糖尿病認定看護師: 有 (名) ・ 無 3. 専従皮膚・排泄ケア認定看護師褥瘡管理者: 有 ・ 無 |
| 1-4) 特定行為研修修了者の人数 | 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 有 () 名 ・ 無 「創傷管理関連」 有 (2) 名 ・ 無 |

実績施設が複数ある場合は、例のように複数記載し事例数の通算を記載する

2. 実務研修の実績 概要

| 施設名 | 担当事例数 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 【例】 1) 沖縄那覇病院 2) 沖縄訪問看護ステーション | ストーマケア 事例数 : 通算 (○○) 例 創傷ケア 事例数 : 通算 (○○) 例 失禁ケア 事例数 : 通算 (○○) 例 |

※様式 4-1 で記載した認定看護分野における看護実務研修期間において、ストーマケア及び創傷ケア、失禁ケアを主として担当した通算の事例数

様式 4-3

記入見本

※受験番号
(記入不要)

氏名

3. 認定看護分野における研修の実績(専門領域における研修会等への参加)

| 研修内容 (学会・研究会・講習会・セミナー等の参加) | |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 202〇年 〇月 | 〇〇学会ストーマケア教育セミナー受講 |
| 202〇年 〇月 | 第〇〇回 日本褥瘡学会学術集会 参加 |
| 202〇年 〇月 | 日本創傷・オストミー失禁管理学会 参加 |
| 年 月 | 認定分野に関する研修の実績を記入見本に沿って記載すること。学会名、研修名、年月日、演題名、など記載漏れがないようにすること。実績がない場合は記入不要です |
| 看護研究業績 (学会発表・論文・執筆等) | |
| 202〇年 〇月 | <p>例) 研究発表の場合</p> <p>筆頭演者名(他〇名), 演題, 発表学術集会名, 発表年月日. の順に記載 〇〇〇子(他2名), 創傷ケアにおける〇〇〇〇, 第×回日本〇〇看護学術集会, 202〇年〇月</p> |
| 202〇年 〇月 | <p>例) 論文投稿や雑誌への執筆の場合</p> <p>筆頭演者名(他〇名), タイトル, 雑誌名, 巻(号), ページ, 発行年. の順に記載 〇〇〇太(他3名), 褥瘡における×××, 日本〇〇学会誌, 14(5), 10-20, 202〇年.</p> |
| 所属学会 有・無 | 認定分野に関連する学会所属の有無へ〇を記入 有の際は、所属学会名 |

様式 5

記入見本

※受験番号

(記入不要)

推薦書

記入日 西暦 年 月 日

受験者氏名; _____

上記の者を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に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

推薦書は看護部長相当の職位の方がご記入ください

当教育課程は、特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程です。

別紙(「特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程(B 課程)について」)をご参照ください

☐ 理解しました

次ページ【特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程(B 課程)について】お読みになり、レ点チェックお願い致します

推薦者氏名(自署) :

印

所属機関(施設) :

職 位 :

所属機関(施設)所在地:

電話番号:

FAX:

氏名

特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程(B 課程)について

1. 当教育課程は、特定行為研修【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】【創傷管理関連】を組み込んでいる皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程(B 課程)です。
2. 特定行為研修の共通科目、および区分別科目「は、e ラーニングシステムを活用し履修します。必要に応じ当館にて講義、演習、実技などを予定しております。
3. 特定行為研修に関する実習は、研修生自身の所属施設(自施設)を基本としています。但し所属施設の要件を満たさない、あるいは、要件を満たしていても症例数が不足する場合に限り、公益社団法人沖縄県看護協会が申請時に契約した協力施設で臨時実習を行います。

<特定行為研修を自施設で行う意義>

- ・自施設の指導医と協働する体制を構築し、研修修了後も継続して特定行為を行う基盤ができる。
- ・研修生自身が指導医や管理者と話し合いをすることで、認定看護師に必要な調整能力や交渉する力を身につける一歩となる。
- ・自施設の組織体制の特徴を把握し、認定看護師として活動するために必要な課題に気付くことができる。

上記についてご理解頂いた場合は、推薦書(様式5)の□に✓を記入してください。なお、✓の有無が入学試験の評価に関わることは一切ありません。

※受験者が看護部長相当の上司に推薦書(様式5)を依頼する際は、この用紙を添えて依頼してください。

志望理由書

記入日 西暦 年 月 日

氏名: _____

下記の内容について記載してください。

1) 志望動機 2) 修了後の活動計画や展望

志願動機や修了後の活動計画、展望などを記載してください

枠の大きさは変更しないでください

フォントの大きさ・行間は、文字を識別できる範囲(最小 9pt まで)で変更しても構いません

事例経験書

氏名

※ 創傷・ストーマ・排泄ケアの事例を各1例以上含み、合計 5 例以上担当した実績を有すること。

| 事例 | 患者プロフィール | 看護の展開 | 問題点と対応の評価 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 【Ⅰ】 <input checked="" type="checkbox"/> 創傷ケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 年齢、性別、病名、術式(手術日)、既往・治療歴、ADL など 看護展開にあたって必要な情報記入してください | 問題となる患者の状態(身体的、精神的、社会的な状況)、問題点、実施した看護を要約して記入してください | 看護を実践した結果と、その評価を要約して記入してください |
| 【Ⅱ】 <input checked="" type="checkbox"/> ストーマケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | 枠の大きさは変更しないでください フォントの大きさ・行間は、文字を識別できる範囲(最小 9pt まで)で変更しても構いません 同一患者の事例は不可です。Ⅰ～Ⅴまではすべて異なる事例を選んで下さい | |
| 【Ⅲ】 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄ケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | | |
| 【Ⅳ】 <input type="checkbox"/> 創傷ケア <input checked="" type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 排泄ケア | 【看護した期間】 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | Ⅰ～Ⅲは創傷ケア、ストーマケア、排泄ケア各1例記入すること Ⅳ～Ⅴは「創傷ケア」「ストーマケア」「排泄ケア」のいずれかのうちに <input checked="" type="checkbox"/> をチェックし症例を記入し、合計 5 症例にしてください | |
| 【Ⅴ】 <input type="checkbox"/> 創傷ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア <input checked="" type="checkbox"/> 排泄ケア | 【看護した期間】: 自(西暦) 年 月 日 至(西暦) 年 月 日 | | |

氏名

様式 7-1 から 1 事例を選択し事例の番号を記入してください

様式 7-1 の事例経験の中から、できるだけ新しい事例を選び、その番号(Ⅰ～Ⅴ)を記入してください。事例は創傷、ストーマ、排泄領域の看護ケア事例のいずれも可です。

看護した期間:西暦 年 月 日～ 年 月 日

年齢・性別・現疾患の経過、術式など、ストーマの種類、創傷（褥瘡）、失禁を含む
 枠の大きさは変更せず、この用紙の枠内で要約してください。フォントの大きさと行間は、文字を識別できる範囲（最
 小 9pt まで）で変更して構いません。様式 7-1 で記入した事例の中から選び、実施した看護の展開の詳細につい
 て記述してください。個人が特定できるような情報は記載しないでください。

継続問題には#印をつける

【看護実践の経過】

【評価】

枠の大きさは変更しないでください

フォントの大きさ・行間は、文字を識別できる範囲(最小 9pt まで)で変更しても構いません

写真票、受験票、受験検定料振り込み明細書コピー

※受験番号

(記入不要)

記入見本

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| 公益社団法人 沖縄県看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師 (B 課程) 2026 年度入学選抜試験 2026 年 月 日実施 | |
| 写真票 | 受験番号※ |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 写真貼付 (縦 4cm×横 3cm) 写真裏面に 氏名と生年月日を 記入のこと | |

受験検定料振込通知

貼付欄

注意

1.「払込人住所氏名」を記載した下記の①、②、③
いずれかのみで貼付してください。

①「振替払込請求書兼受領証」

②「ご利用明細票」(ATM)

③インターネットバンキング

「振込明細照会」「取引明細照会」等

いずれかのコピーを貼付してください。

(氏名は、必ず出願者本人とする)

※振替払込請求書兼受領証、「ご利用明細票」
(ATM)、インターネットバンキングでは、入金証
明できるもの、いずれかのコピーを貼付していな
い出願書類は、受け付けません

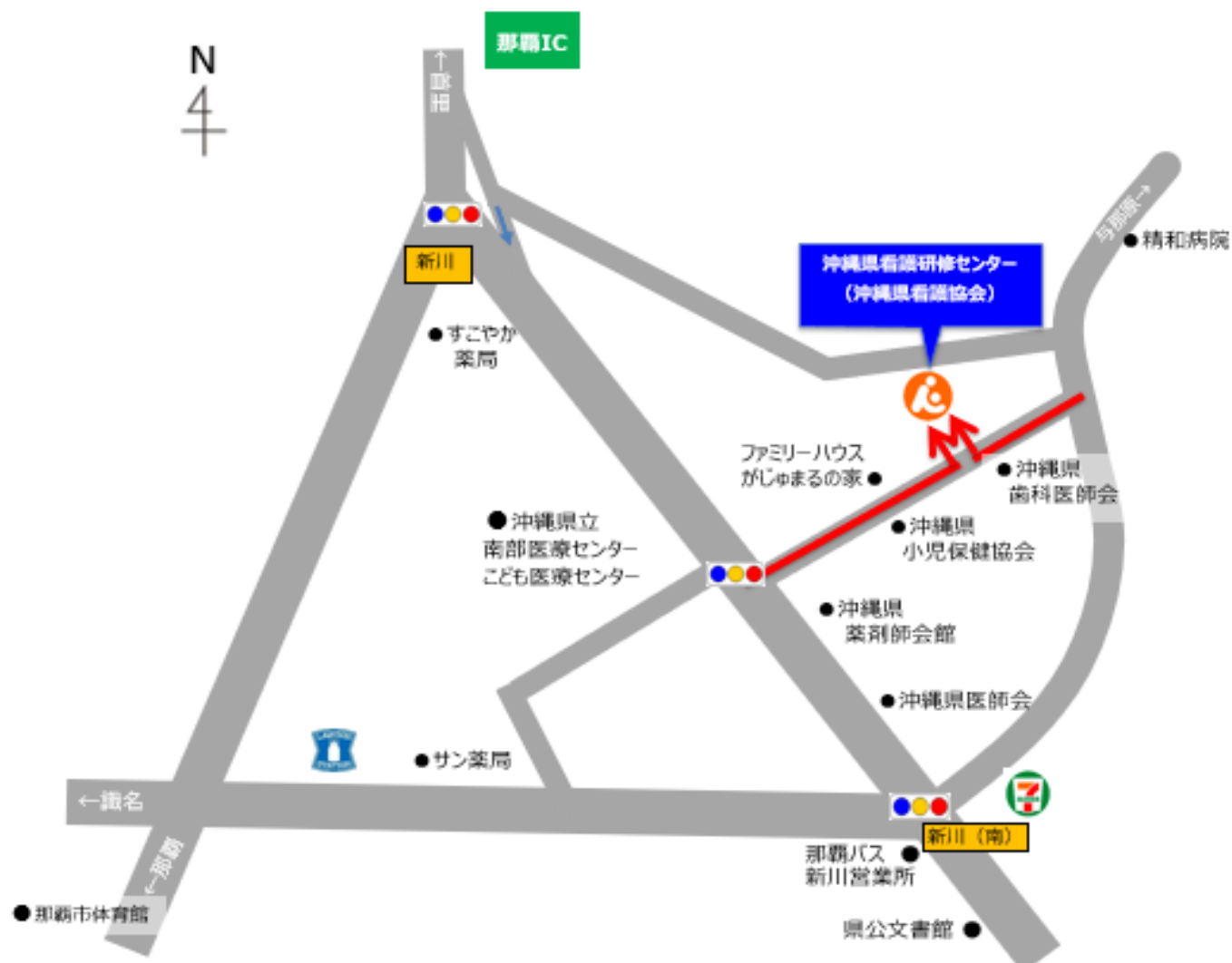
| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| 公益社団法人 沖縄県看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師 (B 課程) 2026 年度入学選抜試験 2026 年 月 日実施 | |
| 受験票 | 受験番号※ |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| <試験会場> 沖縄県島尻郡 南風原町字新川 272 番地 17 | |
| 写真貼付 (縦 4cm×横 3cm) 写真裏面に 氏名と生年月日を 記入のこと | |

(注)※写真票、受験票の受験番号欄は記
入しないこと

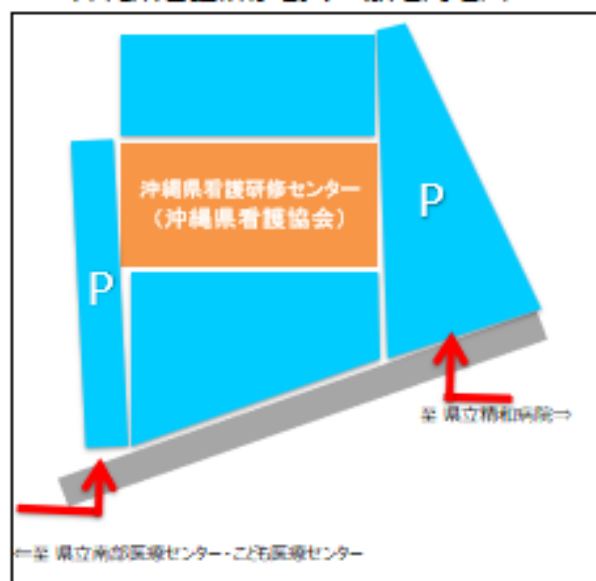
「写真票」と「受験票」には履歴書と
同一の写真を使用し、写真の裏面
には生年月日、氏名記入してください

交通アクセス

沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）周辺地図




沖縄県看護研修センター敷地内地図



路線バス案内

最寄りのバス停
県立医療センター東口下車（徒歩約 2 分）
県立医療センター前下車（徒歩約 5 分）
那覇バス新川営業所下車（徒歩約 5 分）

- 那覇バス
首里牧志線 識名開南線 識名牧志線 寒川線
- 東陽バス
城間線（南風原経由）

 公益社団法人 沖縄県看護協会
〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川272番地17
TEL : 098-888-3155