

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	<p>枠の大きさは変更しないでください</p> <p>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</p> <p>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</p>	
【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	<p>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</p> <p>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</p>	
【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		

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

氏名

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