

# 2026 年度純真学園大学大学院保健医療学研究科（修士課程）

## 履 歴 書

整理番号 \*

|                   |              |             |                  |      |               |            |         |  |
|-------------------|--------------|-------------|------------------|------|---------------|------------|---------|--|
| (フリガナ)<br>氏 名     |              | 姓           |                  | 名    |               | 性<br>別     | 1 男 2 女 |  |
|                   |              |             |                  |      |               |            |         |  |
| 生年月日              |              | 西暦          |                  | 年    | 月             | 日生         |         |  |
| 志望専攻              |              | 看護学専攻       |                  |      |               | 保健衛生学専攻    |         |  |
| 志望分野              |              | 1 看護の基盤分野   |                  |      |               | 1 放射線技術学分野 |         |  |
|                   |              | 2 臨床実践看護分野  |                  |      |               | 2 臨床検査学分野  |         |  |
|                   |              | 3 生活支援看護分野  |                  |      |               | 3 臨床医工学分野  |         |  |
|                   |              | 4 高度実践看護分野  |                  |      |               |            |         |  |
| 履<br>歴<br>事<br>項  | 学 歴          | 年 月～ 年 月    |                  | 高等学校 |               |            |         |  |
|                   |              | 年 月～ 年 月    |                  |      |               |            |         |  |
|                   |              | 年 月～ 年 月    |                  |      |               |            |         |  |
|                   |              | 年 月～ 年 月    |                  |      |               |            |         |  |
|                   | 実務経験<br>(職歴) | 期 間         | 勤務先・所属           |      | 具体的な職名とその職務内容 |            |         |  |
|                   |              | 年 月～<br>年 月 |                  |      |               |            |         |  |
|                   |              | 年 月～<br>年 月 |                  |      |               |            |         |  |
|                   |              | 年 月～<br>年 月 |                  |      |               |            |         |  |
|                   |              | 年 月～<br>年 月 |                  |      |               |            |         |  |
|                   | 免 許          | 1 看 護 師     | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |      |               |            |         |  |
|                   |              | 2 保 健 師     | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |      |               |            |         |  |
|                   |              | 3 助 産 師     | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |      |               |            |         |  |
|                   |              | 4 診療放射線技師   | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |      |               |            |         |  |
|                   |              | 5 臨床検査技師    | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |      |               |            |         |  |
|                   |              | 6 臨床工学士     | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |      |               |            |         |  |
|                   | 連 絡 先        | 現住所         | フリガナ             |      |               |            |         |  |
| 住所                |              |             | 〒□□□-□□□□        |      |               |            |         |  |
| 電話                |              |             | ( ) —            |      |               |            |         |  |
| 審 査<br>結 果<br>通知先 |              | フリガナ        |                  |      |               |            |         |  |
|                   |              | 住所          | 〒□□□-□□□□        |      |               |            |         |  |
|                   |              | 電話          | ( ) —            |      |               |            |         |  |

# 在 職 期 間 証 明 書

整理番号

\*

施 設 名

施設長(代表者)氏名

印

所 在 地

次の者について、記載のとおり実務者として在職している（又は在職していた）ことを証明します。

記

|   |             |                                   |
|---|-------------|-----------------------------------|
| 1 | フリガナ<br>氏 名 |                                   |
| 2 | 在職期間        | 年 月 ～ 年 月                         |
| 3 | 職 種         |                                   |
| 4 | 勤務形態        | 1. 常 勤<br>2. 非常勤（1日当たり 時間、 週 日勤務） |

（注1）ここでの在職期間は、看護師、保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格による実務者としての勤務期間をいいます。

（注2）勤務形態については、常勤又は非常勤のどちらかに○をつけ、非常勤の場合は、（ ）内も記入してください。

（注3）複数の施設からの証明が必要な場合は、あらかじめこの用紙をコピーして使用してください。

# 仮研究計画書

純真学園大学大学院 保健医療学研究科

|     |            |
|-----|------------|
| 氏 名 | 受験番号(記入不要) |
|-----|------------|

【看護学専攻・保健衛生学専攻共通】

本大学院において取り組みたい研究課題(テーマ)とその動機、ならびに本大学院を志願する理由について、下記に具体的に記述してください。

・ 研究課題(テーマ)

---

---

---

## ・研究の動機

[illegible]



# 業 績 一 覧 表

|                  |             |                                   |                                                |
|------------------|-------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|
| 履<br>歴<br>事<br>項 | 著 書 ・ 論 文   |                                   |                                                |
|                  | 年           | 月                                 | 著者名：論文名,誌名,巻(号),P.開始頁-終了頁,出版年                  |
|                  | 例)2020 年    | 8 月                               | 純真○子：NP 課程の○○○○,純真大学紀要,8(1),8-12,2020.         |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  | 学 会 発 表     |                                   |                                                |
|                  | 年           | 月                                 | 発表者名：演題,学会名,開催場所(日付)                           |
|                  | 例)2022 年    | 6 月                               | 純真○子：NP 課程の○○○○の実態調査,日本 NP 学会第○回学術集会,大阪(6/7-8) |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  | 院 内 活 動     |                                   |                                                |
|                  | 年           | 月                                 |                                                |
|                  | 例)2022 年    | 4 月<br>-12 月                      | ○○病院 看護部教育委員会 委員<br>○○病院 院内感染症対策チームメンバー        |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  | 院 外 研 修 活 動 |                                   |                                                |
|                  | 年           | 月                                 |                                                |
| 例)2000 年         | 7 月         | 福岡県看護協会 災害看護研修 (3 日間：7 月 6 日~8 日) |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |
|                  |             |                                   |                                                |

\* 必要に応じて追加して記入してください。

|            |    |  |
|------------|----|--|
| 整理番号(記入不要) | 氏名 |  |
|------------|----|--|

## 受 験 承 諾 書

年 月 日

純真学園大学 大学院  
保健医療学研究科 研究科長 殿

施設名 \_\_\_\_\_

所 属 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

所属長名 \_\_\_\_\_ 印

下記の者が純真学園大学大学院保健医療学研究科修士課程の入学試験を受験  
することを承諾します。

なお、本人が合格した場合は、在職のまま昼夜開講制への入学を認めます。

記

氏 名 : \_\_\_\_\_

以上