様式第１号（第２条関係）

**2026年度純真学園大学大学院保健医療学研究科（修士課程）**

**出願資格審査申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | ＊ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）氏名 | 姓 | 名 | 性別 | 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 |  |
| 履歴事項 | 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（職歴） | 期間 | 勤務先・所属 | 具体的な職名とその職務内容 |
| 年 　 月～年 　 月 |  |  |
| 年 　 月～年 　 月 |  |  |
| 年 　 月～年 　 月 |  |  |
| 年 　 月～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　臨床工学技士 | 　 年　 月　 日 取得 （免許番号　　　　　　 ） |
| 連絡先 | 現住所 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 住所 | 〒□□□―□□□□ |
| 電話 | （　　　　）　　　　― |
| 審　査結　果通知先 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 住所 | 〒□□□―□□□□ |
| 電話 | （　　　　）　　　　― |

**業績一覧表**

|  |  |
| --- | --- |
| 履歴事項 | 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-12月** | **○○病院　看護部教育委員会　委員****○○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 |  |

様式第２号（第２条関係）

**2025年度純真学園大学大学院保健医療学研究科（修士課程）**

**在職期間証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | ＊ |

純真学園大学長　　様

施設名

施設の長（代表者）の氏名　　　　　　　　　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 　 ﾌﾘｶﾞﾅ１　氏名 |  |
| ２　在職期間 | 年　　　月　～　　　　　年　　　月 |
| ３　職種 |  |
| ４　勤務形態 | １．　常勤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。