

(様式 1)

※申請者は、受験番号欄に記入しないでください。

受験番号：

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

※氏名は必ず自署し、押印すること

し めい
氏 名 (自署) 印

生年月日 西暦 年 月 日生

現住所 (〒 -)

TEL () -

(様式 2)

受験番号：

日本看護協会会員は会員番号を記載する

履 歴 書

日本看護協会非会員はこちらに○をつける

写 真 貼 付 (5.0cm×4.0cm) 写真裏面に記名	(西暦) 2026年 月 日現在								
	JNA会員No.							非会員	
	フリガナ								男 ・ 女
	氏 名								印
生年月日		(西暦) 年 月 日生 (満 歳)							
フリガナ						携帯電話	常に連絡できる電話番号を記載する		
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	
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									

1. 実務研修施設歴(※申請書作成までの受験者の職歴を記載する)

1-1)全実務研修期間及び実務研修施設名(所属施設名、部署名、職名) 1-2)の生殖看護分野も含んだ月数を記載

期 間(月数)		所属施設名	部署名	職位名
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
合 計		ヶ月（ 年 月 ） *2027年3月末日現在		

1-2) 生殖看護認定看護分野における実務研修期間及び実務研修施設名(所属施設名、部署名、実務研修内容)

期 間(月数)		所属施設名	部署名	実務研修内容
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
年 月から 年 月まで	ヶ月			
生殖看護分野歴合計		ヶ月（ 年 ヶ月 ） *2027年3月末日現在		

2. 実務研修の実績 概要

上記1-2) 認定看護分野歴において、生殖看護(不妊症・不育症、妊孕性温存、治療後妊娠、若年・高齢妊娠、合併症妊娠、AYA 世代疾病 等)の看護を担当した事例数

通算【 】例(概算) *継続的・中心的に関わった事例数として、5 例以上であること。

(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) 自施設にて特定行為研修区分別 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を実施した 修了者がいるかどうか
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 無

自施設が特定行為研修指定研修機関とする申請をしているかどうか

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

※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 教育機関用チェック欄】 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 2026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

推薦書

西曆 2026年 月 日

申請者氏名：

上記の者は、生殖看護認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に充たし、将来、認定看護師として活躍するにふさわしいと評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】(被推薦者の看護実践能力および認定看護師教育課程修了後の配置予定や期待される役割等をご記入ください)

原則、看護部長の職位の方が記入する。
名前は自署し、厳封して同封すること。

推薦者氏名(自署)： 印

職位名※：

機関(施設)名 :

機関(施設)所在地：〒

TEL :

FAX :

※看護部長の職位の方がご記入ください

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：							
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、1 事例毎に記載してください。							
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 8)

2027年度
英ウィメンズクリニック・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
生殖看護認定看護師教育課程

写 真 票		受験 番号	
フリガナ			
氏 名			
所属施設		※大きさ厳守 写真貼付(5.0×4.0cm) 裏面に氏名を記入し、 貼付してください。	
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

2027年度
英ウィメンズクリニック・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
生殖看護認定看護師教育課程

受 験 票		受験 番号	
フリガナ			
氏 名			
所属施設		※大きさ厳守 写真貼付(5.0×4.0cm) 裏面に氏名を記入し、 貼付してください。	
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

入学検定料振込通知
郵便振込受領証のコピーを貼付

(様式9)

提出時にご自身の確認として
レ点を付けてください。

受験番号 :

入学選抜試験提出書類確認用紙

提出書類	様式	提出 枚数	確認欄
入学願書	1		
履歴書	2		
実務研修報告書	3		
志願動機・理由書	4		
勤務証明書	5		
推薦書	6		
性と生殖の健康に困難な課題およびリスクのある 個人、家族への看護の要約事例（2 事例）	7		
写真票・受験票	8		
入学検定料振込通知 （様式8に貼付）			
看護師・助産医・保健師免許書の写し （A4 版縮小コピー）			
受験票・合否通知郵送用 宛名記入済ラベル2枚			
郵送用 110 円切手2枚 （封筒は不要）			
入学選抜試験提出書類確認用紙	9		