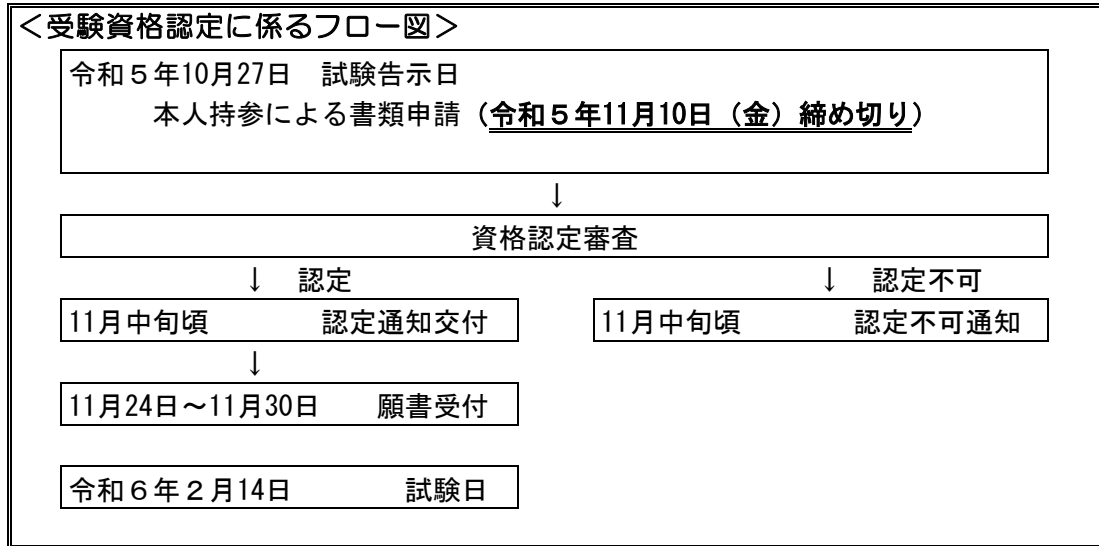


令和6年北海道准看護師試験の受験資格について

(外国の看護師学校養成所を卒業した方、又は外国において看護師免許を得た方の受験資格)

外国の看護師学校養成所を卒業した方、又は外国において看護師免許を得た方が北海道准看護師試験を受験するためには、保健師助産師看護師法第22条第4号に基づき、北海道知事の認定が必要です。受験資格認定の手続き及び審査方法は次のとおりです。



審査対象者

外国の看護師学校養成所を卒業し、又は外国において看護師免許を得た者で、北海道が実施する准看護師試験の受験資格を得ようとする者。

審査方法

審査対象者からの申請書類により審査を行い、審査対象者が日本の看護師学校養成所の卒業と同等以上であるか否かについて、次に掲げる認定要件をすべて満たした者に対し、北海道准看護師試験の受験資格の認定を行う。

認定要件

- 1 外国看護師学校養成所の修業年限
 - (1) 看護師学校養成所の入学資格
中学校卒業以上（修業年限9年以上）又は同等と認められる者
 - (2) 看護師学校養成所の修業年限
2年以上
 - (3) 外国看護師学校養成所卒業までの修業年限
1年以上、又は同等と認められる者
- 2 教育科目の履修時間
履修時間の合計が1890時間以上で、保健師助産師看護師学校養成所指定規則（昭和26年文部省・厚生省令第1号）等に規定する基礎科目、専門基礎科目、専門科目及び臨地実習の時間数を概ね満たしていること。
- 3 教育環境
日本の准看護師学校養成所と同等以上と認められること。
- 4 学校養成所の要件
当該国、又は州政府等によって正式に認められた看護師学校養成所であること。
- 5 看護師学校養成所卒業後、当該国の看護師免許取得の有無
原則として取得していること。
- 6 当該国の看護師免許を取得する場合の国家試験又はこれと同等の制度が確立されていること。
- 7 日本語能力
日本の中学校及び高等学校を卒業していない者については、日本語能力試験N1の認定を受けていること。

申請書類

申請に当たって、申請者は以下の書類を提出する。

- 1 北海道准看護師試験受験資格認定願（様式1）
- 2 北海道准看護師試験受験資格認定申請理由書（様式2）
- 3 履歴書
学歴については、日本の小学校に相当する学校から看護師学校養成所卒業まで、入学・卒業年次を各々の学校について西暦で記入すること。また、職歴についてもできるだけ詳細に記載すること。
- 4 外国人登録原票記載事項証明書
日本国籍を有する者の場合は、戸籍抄本または戸籍謄本
- 5 医師の診断書（様式3）
日本の医師免許を有する医師により、申請前1か月以内に発行されたものに限る。
- 6 写真1枚
申請前6か月以内に脱帽正面で撮影した6cm×4cmのもの。
- 7 外国で取得した看護師免許証（原本）及びその写し
- 8 外国における資格試験の合格証（原本）及びその写し又は合格証明書
- 9 卒業した外国看護師学校養成所の卒業証書（原本）及びその写し又は卒業証明書
- 10 卒業した外国看護師学校養成所の学業成績書（原本）及びその写し又は学業成績証明書
- 11 卒業した外国看護師学校養成所の教育内容、時間数を明らかにした書類（当該施設長の証明のあるものに限る。教育内容は講義と実習の別がわかるように記載されていること。単位制であっても、必ず時間数に換算すること。また、クォーター制の場合はセメスター制として換算し直すこと。）
- 12 保健師助産師看護師学校養成所指定規則における教育内容と卒業した外国看護師学校養成所の履修科目及び時間数の対照表（教育内容は基礎科目、専門基礎科目、専門科目の別がわかるように記載すること。講義と臨地実習を区別すること。）
- 13 卒業した外国看護師学校養成所の施設現況書
卒業当時の状況を記載すること。
- 14 外国で外国看護師免許を取得した者にあつては、その根拠法令の関係条文の抜粋
- 15 卒業した外国看護師学校のパンフレット
（学校が当該国又は州政府等によって正式に認可されたものであることを示す証明）
- 16 日本の中学校及び高等学校を卒業していない者は、日本語能力試験N1認定書（原本）及びその写し

留意事項

- 1 申請書類は1部提出すること。
- 2 申請書類のうち外国語で記載されているものは、すべて日本語訳を添付すること。
- 3 申請書類の7から15までについては、提出書類と日本語訳の両方を、公的機関（当該国の大使館、領事館、外務省等）において真実である旨の確認を受け、その証明を併せて提出すること。
- 4 申請書類の7から10まで及び16の書類については、各原本を持参すること。原本は写しと照合後に返還する。
- 5 認定申請は必ず申請者本人が行い、郵送及び代理による申請は受理しない。
- 6 申請書は北海道保健福祉部地域医療推進局医務薬務課へ提出すること。
- 7 申請書の受付は、土日祝日を除く、8時45分から17時30分までとする。
- 8 来庁日については、事前に下記まで御連絡をすること。

<お問合せ先>

北海道保健福祉部地域医療推進局医務薬務課看護政策係

〒060-8588 札幌市中央区北3条西6丁目

TEL（直通）011-204-5251 （代表）011-231-4111（内線25-364）

北海道准看護師試験受験資格認定願

(ふりがな)

氏名

生年月日(西暦で記入のこと) 年 月 日生

本(国)籍

卒業学校名

在学期間 年 月 ~ 年 月

外国の看護師免許資格 年 月取得(西暦で記入のこと)

現住所 〒

TEL

連絡先 〒

TEL

(続柄)

北海道准看護師試験を受験するため、別添のとおり関係書類を添えて資格認定を申請します。

年 月 日

北海道知事

様

北海道准看護師試験受験資格認定申請理由書

本(国)籍

(ふりがな)

氏名

この度、北海道准看護師試験受験資格認定申請を行う理由は次のとおりです。

申請理由(具体的に記入すること)

(1) 目的

(2) 必要性

(3) 将来計画

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	年 月 日	年 齢	才	

上記の方について、下記のとおり診断します。

1 視覚機能

目が見えない 該当しない 該当する

該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

2 聴覚機能

耳が聞こえない 該当しない 該当する

該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

3 音声・言語機能

口がきけない 該当しない 該当する

該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

4 精神機能

精神機能の障害 該当しない 該当する

専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）

5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒 あり なし

診断年月日	年 月 日		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称		
	住 所 地	TEL	
	氏 名		