

<感染管理分野>

様 式

様式1

受験番号	※ IC
------	------

## 入 学 願 書

福井大学大学院医学系研究科附属  
地域医療高度化教育研究センター  
看護キャリアアップ部門長 殿

私は、福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門認定看護師教育課程 B 課程「感染管理」に入学したいので、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

現住所  
(〒 - )

---

(ふりがな)  
氏 名 (自署)

印

---

西暦 年 月 日生

注) ※印欄は記入しないでください。

様式 2

受験番号 ※ IC

# 履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

ふりがな 氏 名			男 ・ 女	<b>写真貼付欄</b> カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前3か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦4cm×横3cm *写真裏面に記名
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)			
ふりがな 現住所	〒 -		TEL 自宅： - - 携帯： - -	
勤務先 所属機関	ふりがな 名 称			所属部署
	設置主体			病床数 床
	所在地	〒 -		TEL - -
免許取得年月日	看護師 (西暦) 年 月 日 ( 号)			
学 歴 (高等学校卒業時から記入)				
(西暦) 年 月				
職 歴 (看護師免許取得以降，部署名，職位を含む)				
(西暦) 年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

注1) ※印欄は記入しないでください。

注2) 勤務先所属機関の名称及び設置主体については，正式名称（独立行政法人〇〇〇機構，〇〇県，医療法人〇〇会等）を記入してください。また，病床数は，病院全体の数を記入してください。

注3) 学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

様式3

受験番号	※ IC
------	------

## 志 願 理 由 書

氏 名 \_\_\_\_\_

注1) ※印欄は、記入しないでください。

注2) パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが、折り畳んだり、用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。

注3) 本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式 4

受験番号 ※ IC

## 実務研修報告書

### 1. 実務研修期間および内容について

※教育機関入学までの職歴を記載してください。

#### 1) 感染管理分野における看護実務研修期間

年 (西暦)	月	～	年	月	期 間	所属施設名	実務研修部署	職位
		～			年 月			
		～			年 月			
		～			年 月			
①合計					年 月			

#### 2) 感染管理分野以外での看護実務研修期間

年 (西暦)	月	～	年	月	期 間	所属施設名	職位
		～			年 月		
		～			年 月		
		～			年 月		
②合計					年 月		

#### 3) 看護実務研修期間の確認

① (3年以上)	②	①+② (5年以上)
年 月	年 月	年 月

### 2. 認定看護分野に関連する看護実務研修内容

※感染管理分野の実務研修期間（最低3年）における所属施設での症例について記載する。

1)	施設名	
2)	実施しているサーベイランスの種類	「血管内留置カテーテル関連血流感染」 有 ・ 無 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」 有 ・ 無 「手術部位感染」 有 ・ 無 「人工呼吸器関連感染」 有 ・ 無 その他「 」
3)	感染管理相談の年間事例数	年間（ ）件
4)	施設基準の届出	<input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 2 <input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 3 <input type="checkbox"/> 外来感染対策向上加算 <input type="checkbox"/> 届出なし あなたは感染対策チームの <input type="checkbox"/> 専従である <input type="checkbox"/> 専任である <input type="checkbox"/> 兼任である <input type="checkbox"/> どちらでもない

#### ※【教育機関チェック欄】

- 上記の実務研修期間のうち感染管理に関わる活動実績を3年以上していること。
- 感染予防・管理などにおいて自身が実施したケア等の改善実績を1事例以上有すること。
- 医療関連感染サーベイランス実施における一連の流れを理解していることが望ましい。
- 現在、医療施設等において、専任または兼任として感染管理に関わる活動に携わっていることが望ましい。



様式6

受験番号	※ IC
------	------

# 勤 務 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_

## 2. 在職期間

在 職 期 間 *休職期間を除いた期間を記入	所 属 部 署 *該当するものに○をし、診療科がわかる ように( )内に記入	勤務形態 (どちらかに○)
(西暦) 年 月 日～ 年 月 日	外来・病棟・その他 診療科 ( )	常勤・非常勤
年 月 日～ 年 月 日	外来・病棟・その他 診療科 ( )	常勤・非常勤
年 月 日～ 年 月 日	外来・病棟・その他 診療科 ( )	常勤・非常勤
年 月 日～ 年 月 日	外来・病棟・その他 診療科 ( )	常勤・非常勤
年 月 日～ 年 月 日	外来・病棟・その他 診療科 ( )	常勤・非常勤

通算 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月間 (うち、感染管理分野に従事した期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月間)

休職等特記事項：

## 2. 所属部署の具体的な特徴・主な症例等

---



---



---



---

上記のとおり相違ないことを証明します。

西暦 年 月 日

機関 (施設) 名

所在地

職 位

氏 名

印

注) ※印欄は、記入しないでください。

様式7

受験番号	※ IC
------	------

## 推 薦 書

氏 名 \_\_\_\_\_

上記の者は、認定看護師教育課程 B 課程「感染管理」の研修生として、専門教育を受ける要件を十分に満たしていると評価し、ここに推薦いたします。

推薦理由

西暦 年 月 日

機関（施設）名

所在地

職 位

推薦者氏名（自署）

印

注1) ※印欄は、記入しないでください。

注2) パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが、折りたたんだり、用紙をはみ出して貼付しないでください。

注3) 本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式 8

受験番号 ※ IC

## 自施設情報

関連病院の場合は施設名を記入\_\_\_\_\_

区分別科目名	特定行為名	症例数/月 ※5 症例以上必要です	該当するものに☑する。		
			① 自施設に特定行為区分の実習が行える医師の指導者がいる	② 自施設に特定行為区分の実習が行える看護職の指導者がいる	③ 自施設に特定行為研修修了者がいる
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脱水症状に対する輸液による補正				
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※特定行為研修の症例数については、各行為ごとに記載する。

※特定行為研修の臨地実習は原則自施設での研修とし、特定行為 1 行為につき、5 症例以上を必要とする。

自施設での実習や症例の確保が困難な場合は、関連病院施設など、協力施設の情報を記載すること。

※実習の指導者には必ず医師が含まれていること。指導者とは、医師の指導者は、7 年以上の臨床経験があり臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は、特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師、認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

注) ※印欄は、記入しないでください。

令和7年度  
認定看護師教育課程「感染管理」

受験票		受験番号	※ IC
ふりがな			写真貼付欄 カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前3か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦4cm×横3cm *写真裏面に記名
氏名			
【試験日程】 令和6年11月18日(月) 9:00～10:00 小論文 10:30～ 面接  【試験場】 福井大学医学部看護学科棟2階第2講義室			

注) ※印欄は記入しないでください。

令和7年度  
認定看護師教育課程「感染管理」

写真票		受験番号	※ IC
ふりがな			写真貼付欄 受験票と同一の写真を全面のり付けして貼付してください。 縦4cm×横3cm *写真裏面に記名
氏名			
所属施設名			
所在地 (都道府県名のみ)			

注) ※印欄は記入しないでください。