＜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

（〒　　　－　　　　）

（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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 | 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４㎝×横３㎝＊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○○○機構，○○県，医療法人○○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 ヶ月 |  |  |  |
|  |  | ～ |  |  |  年 ヶ月 |  |  |  |
|  |  | ～ |  |  |  年 ヶ月 |  |  |  |
| ①合計 |  年 ヶ月 |  |
| 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 ヶ月 |  |  |
|  |  | ～ |  |  |  年 ヶ月 |  |  |
|  |  | ～ |  |  |  年 ヶ月 |  |  |
| ②合計 |  年 ヶ月 |  |
| 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 ヶ月 | 年 ヶ月 | 年 ヶ月 |

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 | □ 感染対策向上加算１□ 感染対策向上加算２□ 感染対策向上加算３□ 外来感染対策向上加算□ 届出なしあなたは感染対策チームの□専従である　□専任である　□兼任である　□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５

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ IC |

看護事例報告書

|  |
| --- |
| 【事例】実務研修施設に記載した期間において受験者自身が，感染予防・感染管理において実施したケアの改善実績例1事例を以下の内容についてまとめて記載する。実施期間：　　　　　年　　　月　　～　　　　年　　　月改善事例の種類 ：（該当する番号に 〇，その他は具体的に記載） 1. 血流感染予防・管理 2．尿路感染予防・管理 3. 肺炎予防・管理 4．手術部位感染予防・管理 5. 手指衛生 6．洗浄・消毒・滅菌 7. 環境整備 8．職業感染予防 9. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1.改善前の状況 2.問題点 3.改善の根拠 4.改善のための計画 5実施結果 6評価 |

注）Ａ４サイズ１枚におさめてください。

※印欄は，記入しないでください。

 様式６

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ IC |

勤　務　証　明　書

氏　名

1. 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充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 | 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 |  | □ | □ | □ |
| 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 |  | □ | □ | □ |

※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6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４㎝×横３㎝＊写真裏面に記名 |
| 氏　　名 |  |
| 【試験日程】令和5年11月20日(月) 9:00～10:00　筆記試験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6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４㎝×横３㎝＊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。