

<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 11 月 10 日

すべて自筆で記入してください。

現住所
(〒910-1193)

福井県坂井市丸岡町新鳴鹿 2-100

(ふりがな)
氏 名 (自署)

はせがわ ともこ
長谷川 智子

印

西暦 1979 年 10 月 31 日

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	はせがわ ともこ 長谷川 智子		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的に付け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) 1979 年 10 月 31 日生 (満 35 歳)			
ふりがな現住所	〒910-1193 福井県坂井市丸岡町新鳴鹿 2-100 TEL 自宅：0776-11-1111 携帯：090-111-1111			
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。	福井大学医学部附属病院		所属部署 看護部	
	国立大学法人		病床数 600床	
所在地	〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23 TEL 0776-61-3111			
免許取得年月日	看護師 (西暦) 2001 年 4 月 1 日 (111111 号)			
学 歴 (高等学校卒業時から記入)				
(西暦) 1997 年 3 月	福井高校 卒業			
1997 年 4 月	福井大学医学部看護学科 入学			
2001 年 3 月	福井大学医学部看護学科 卒業			
職 歴 (看護師免許取得以降、部署名、職位を含む)				
(西暦) 2001 年 4 月～2004 年 3 月	福井県立病院 内科・外科			
2004 年 4 月～20〇年 11 月現在	福井大学医学部附属病院 感染制御部			
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。

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。

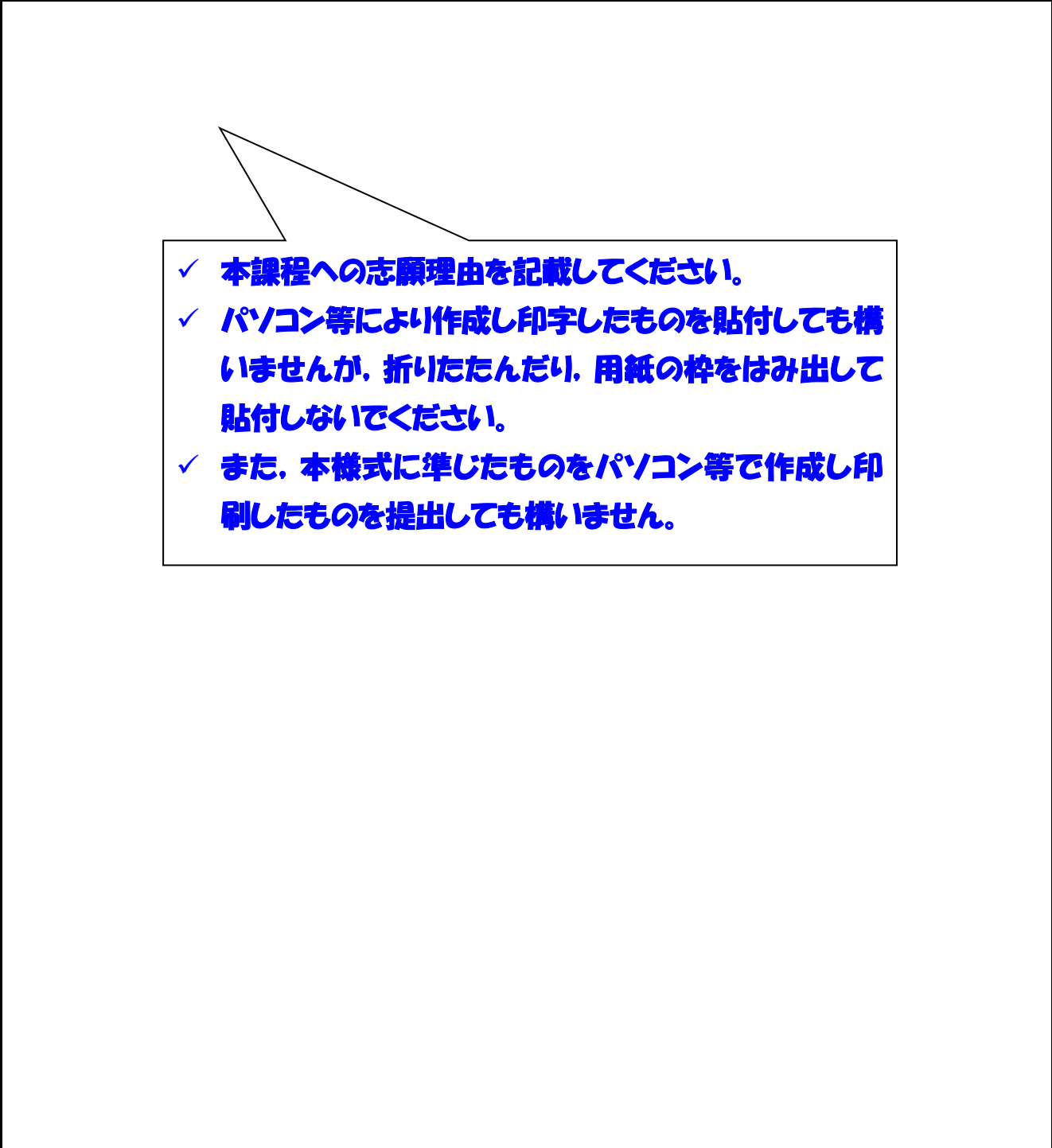
注3) 学歴および職歴欄に書ききれないときは、別紙に記入して添付してください。

様式3

受験番号	※ IC
------	------

志 願 理 由 書

氏 名 _____

- 
- ✓ **本課程への志願理由を記載してください。**
 - ✓ **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、用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。**
 - ✓ **また、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。**

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

実務研修とは、実務経験を指します。所属施設名は正式名称を、また、実務研修部署名は当該認定看護分野との関連がわかるように記入してください。

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
2011	4	～	2013	3	4年2ヶ月	福井大学医学部 附属病院	医療環境制御センター	看護師長
		～			年 月			
		～			年 月			
①合計					4年2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
2004	4	～	2010	3	4年0ヶ月	福井大学医学部附属病院	主任看護師
		～			年 月		
		～			年 月		
②合計					4年0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)
4年 2ヶ月	4年 0ヶ月	8年 2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」 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 「手術部位感染」 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 「人工呼吸器関連感染」 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 その他「 _____ 」
3)	感染管理相談の年間事例数	年間 (200) 件
4)	施設基準の届出	<input checked="" type="checkbox"/> 感染対策向上加算 1 <input checked="" type="checkbox"/> 感染対策向上加算 2 <input checked="" type="checkbox"/> 感染対策向上加算 3 <input checked="" 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 checked="" 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。

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○、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（*最新の知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づき記載） 4.改善のための計画 5.実施結果 6.評価

- ✓ **実務経験の中で感染予防・感染管理において実施したケアの改善事例を一つ選び、まとめてください(A4サイズ1枚におさめてください)。**
- ✓ **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、折いたたり、用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。**
- ✓ **また、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。**

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。

出願資格を証明する機関(看護部長の職位に相当する方)が作成したものに限り
現在の所属施設だけでは「通算5年以上の実務経験」を満たさない場合は、用紙をコピーし、以前の所属施設の証明も受けてください。

様

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) 2004年4月1日～2006年3月31日	外来・ 病棟 ・その他 診療科 (内科病棟)	常勤 ・非常勤
2008年4月1日～2010年3月31日	外来・ 病棟 ・その他 診療科 (外科外来)	常勤 ・非常勤
2011年4月1日～2013年11月30日	外来・ 病棟 ・その他 診療科 (医療環境制御センター)	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 **福井大学医学部附属病院**

所在地 **福井県吉田郡永平寺町○○○**

職位 **看護部長**

氏名 **永平寺 花子**



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

- ✓ **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、折いたたんだり、用紙をはみ出して貼付しないでください。**
- ✓ **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。**
- ✓ **看護部長に相当する職位の方が作成、自署したものに限りま**
す。

西暦○年 11 月 1 日

機関（施設）名 **福井大学医学部附属病院**

所在地 **福井県吉田郡永平寺町○○○**

職 位 **看護部長**

推薦者氏名（自署） **永平寺 花子**



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、折いたたんだり、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

**自施設での症例が取れない場合は関連病院等の施設名を記入。
症例が 1 施設で取れない場合は、関連病院ごとに施設名を記入してください。(様式 8 をコピー)**

※ IC

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	30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	脱水症状に対する輸液による補正	50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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	10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

実習の指導者には必ず医師が含まれていることが必要。

全て 5 症例以上が必要

※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

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○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	はせがわ ともこ		写真貼付欄
氏名	長谷川 智子		
【試験日程】 令和○年○月○日(○) ○:○~○:○ 小論文 ○:○~ 面接			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。
【試験場】 福井大学医学部看護学科棟○階第○講義室			縦4cm×横3cm *写真裏面に記名

注) ※印欄は記入しないでください。

令和○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	はせがわ ともこ		写真貼付欄
氏名	長谷川 智子		
所属施設名	福井大学医学部附属病院		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。
所在地 (都道府県名のみ)	福井県		縦4cm×横3cm *写真裏面に記名

注) ※印欄は記入しないでください。