**公益社団法人 日本看護協会　神戸研修センター**

**認定看護師教育課程  
特定行為研修を組み込んでいる教育課程（B課程）**

**感染管理**

**2024年度　受講試験出願書類一式**

（1）受講出願書（**様式1**）

（2）履歴書（**様式2**）

（3）実務研修報告書（**様式3**）

（4）勤務証明書（**様式4**）

（5）活動実績　事例要約（**様式5**）

（6）受講試験票（**様式6**）

（7）受講検定料銀行振込控えのコピー貼付票（**様式7**）

（8）特定行為研修の履修歴（**様式8**）

（9）看護師免許証の写し（A4判に縮小したもの）

（10）受講試験票送付用レターパックライト

|  |
| --- |
| 様式2、様式3については「記入見本」を参照してください。  書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意してください。 |

**出願書類の記入にあたって**

* 過不足なく記入すること。記入不十分の場合は受理できないこともあるため、注意してください。
* 自署以外は、パソコンで入力してください。訂正する場合は二重線を引き、訂正印を押してください。
* 枠内のスペースに納まるように記入してください。枠のサイズを変えたり様式を変更しないでください。
* 年号はすべて西暦表記としてください。
* 様式3で複数枚必要な時はコピーをとって使用してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出願書類 | 様式 | 記入方法と注意事項 |
| 受講出願書 | 1 | ・氏名は自署で記入してください。 |
| 履　歴　書 | 2 | ・「**記入見本**」を参照の上、記入してください。  ・現住所右欄のTELは必ず連絡がとれるものを記入してください。固定電話が無い場合は、携帯電話番号を記入してください。  ・所属機関は正式名称を記入、現在、勤務していない場合は離職中と記入してください。  ・病床数は病院全体の数を記入してください。  ・設置主体は下記から選択し、番号を記入してください。  ①国（厚生労働省、その他）　②国公立大学法人　③独立行政法人国立病院機構　④独立行政法人労働者健康福祉機構　⑤都道府県・市町村（地方自治体）　⑥日本赤十字社　⑦済生会　⑧厚生連　⑨国民健康保険団体連合会　⑩社会保険関係団体　⑪公益法人　⑫医療法人　⑬学校法人⑭その他の法人　⑮会社　⑯個人　⑰その他（　明記　）  ・学歴は高等学校卒業からとし、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入してください。進学課程を卒業している場合は、准看護学校も記入してください。  ・学歴欄に職歴を書かないでください。 |
| 実務研修報告書 | 3 | ・「**記入見本」**を参照の上、記入してください。  ・看護師免許取得後（准看護師の期間は含めない）から　2023年8月31日現在までの職歴を記入してください。  ・看護実務研修注1）期間を記入し、連続で6か月以上の研修、進学、産休・育休及び病気療養等での休職、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は含めません。  ・看護の実務研修期間及び認定看護分野の実務研修期間は、通算勤務月数で計算してください注2)。計算間違いのないよう注意してください。  注1)看護実務研修とは、看護実務経験を意味します。  注2)勤務形態が非常勤の場合、150時間の勤務時間を実務研修1か月分として換算し、勤務月数を割り出してください。 |
| 勤務証明書 | 4 | ・病院長あるいは看護部長が発行したものを提出してください。  ・現在の職場で、看護実績を通算5年以上注3）満たし、専門分野の看護実績を通算3年以上注3）満たす場合は、その職場の証明だけで結構です。満たさない場合は、その前の職場の証明も必要です。  ・専門分野の看護実績を中心に、配置された部署の特徴と実績年数を具体的に記入してください。注3) 2023年8月31日現在での実績  【例】  感染管理  ・ICU（スタッフ）で2年間  ・呼吸器外科などの混合病棟（リンクナース）で2年間  ・手術室（看護部感染対策委員）で1年間 |
| 活動実績　事例要約  感染予防・管理の活動実績事例要約 | 5 | ・感染予防・管理等において自身が実施したケア等の改善実績を　1事例要約してください。 |
| 受講試験票 | 6 | ・受講試験票AとBの両方に氏名と所属施設名、所在地を記入して  ください。  ・受講試験票AとBの両方に履歴書で使用したものと同じ写真  （裏面に氏名を記入）を貼付してください。 |
| 受講検定料  銀行振込控え貼付票 | 7 | ・銀行振込控えの原本をコピーして、貼付してください。  　＊原本はご自身で保管してください。 |
| 特定行為研修の履修歴 | 8 | ・本課程の受講前に特定行為研修を修了した人はその内容を記載してください。なお、履修免除の対象は特定行為研修の「共通科目」と「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」のみです。 |
| 看護師免許証の写し |  | ・A4判に縮小コピーしてください。（裏面に記載のある人は両面コピーをしてください） |
| 受講試験票送付用  レターパックライト |  | ・レターパックライト（370円　青色）のお届け先に、出願者の住所・  氏名を明記してください。郵便が必ず届くよう、正確に記入して  ください。マンション名等も必ず記入してください。 |

**公益社団法人 日本看護協会　神戸研修センター**

**認定看護師教育課程  
特定行為研修を組み込んでいる教育課程（B課程）**

**感染管理**

**2024年度　受講試験**

**出願書類一式**

**＊次頁以降が出願書類です。**

（　2024：様式1　）

受　講　出　願　書

公益社団法人 日本看護協会

神戸研修センター長 殿

私は、公益社団法人 日本看護協会 神戸研修センター 認定看護師教育課程　　感染管理認定看護師教育課程を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて　　　　申請します。

西暦　　 　年 　月 　日

西暦 　　　　　　年 　　　月　　　日　生

現住所　　〒

TEL

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　㊞

（2024：様式2)

履　 歴　 書

西暦　　　年　 　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | 性別 | | |
| 氏　名  写真 貼付  （40×30mm）  3か月以内に  撮影したもの  写真裏面に記名  受講試験票と  同じ写真を使用 |  | | | | | | | | 男・女 | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日生（満　　歳） | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | TEL  携帯電話  E-mail | | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | 施設概要  【病床数】　　　　床  【看護体制】　　対　1 | | | | | | |
| 所　属  施設名 |  | | | | | | |
| 設置主体 | （　　　　　）＊「出願書類の記入にあたって」の中から該当番号を記入 | | | | | | | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　　　　）  FAX | | | | | | |
| 免許取得年月日 | 保健師　 西暦 　 年 　 月 　　 日 | | | | | | | 号 | | | | | | |
| 助産師　 西暦 　 年 　　 月 　　 日 | | | | | | | 号 | | | | | | |
| 看護師　 西暦 　 年　 　 月 　　 日 | | | | | | | 号 | | | | | | |
| 日本看護協会会員番号（8桁）※会員の場合のみ | | | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 学　　歴（高等学校卒業時から記入）＊西暦で記入してください | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月 | |  | | | | | | | | | | | | |

（　2024：様式3　）

**実務研修報告書**

**1．実務研修施設歴**（※**受講試験出願者の経歴**を記入してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊西暦で記入してください**1-1)　全実務研修期間及び実務研修施設名　（所属施設名、所属部署名、職位）** | | |
| 年 月～ 年 月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 　年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 　年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 　年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **合計** | | **か月間（　　　　年　　　か月）※**2023年8月31日現在 |
| **1-2）うち認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位）**  ※所属部署名については、感染管理における分野歴がわかるよう記入してください。（感染対策室を含みます）　例：専任感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、ASTメンバー、ICCメンバー、病棟における感染対策係、感染管理担当主任、感染管理担当師長など | | |
| 年　月～　　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　　 年 月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　　 年 月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **認定看護分野歴合計** | | **か月間（　　　　年　　　か月）※**2023年8月31日現在 |

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2か所とも**記入してください。

（　2024：様式3　）

**2．実務研修の実績概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記1－2）認定看護分野歴に記載した期間において、医療関連感染サーベイランス・マニュアル作成・管理活動等について担当した具体的な内容を書いてください。 | | |
| 感染管理に関わる  活動実績  （感染対策委員会、  ICT、リンクナース会  など） | 具体的な活動の内容： | |
| 医療関連感染サーベイランスに携わった経験の有無  （計画から実施・評価まで担当した場合は有、その他は具体的に記載する） | 手術部位感染サーベイランス | 有　・　無 |
| 血管内留置カテーテル関連感染サーベイランス | 有　・　無 |
| 尿路カテーテル関連感染サーベイランス | 有　・　無 |
| 人工呼吸器関連サーベイランス | 有　・　無 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 有　・　無 |
| マニュアル作成  （掲示物や手順書の作成等を含む） | 具体的な作成物の名前とその概要： | |
| 感染管理に関する研修会等の企画や開催 | 対象：  内容： | |

（　2024：様式3　）

**3．認定看護分野歴における実務研修施設 概要**

※最低3年間の認定看護分野歴における **施設の実績** について記入してください。

施設が複数の場合（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合）、施設ごとに実績を記入してください（様式をコピーして使用してください）

感染管理看護分野における実績　：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 3-1）施設で実施している医療関連感染サーベイランスの種類 | （例：〇〇サーベイランス、△△サーベイランス） |
| 3-2）感染管理の担当部署 | （例：感染対策室、看護部、ICTなど） |
| 3-3）感染対策における診療報酬の有無  ＊無の場合のみ、ICT配置の有無およびICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する | 1. 感染対策向上加算：  有（1・2・3・外来感染対策向上加算） ・　無  （1．が無の場合）  　感染対策チーム：　有　・　無  　ミーティング　：　　　回/年  　ラウンド　　　：　　　回/年 |
| 3-4）感染管理分野の認定看護師及び当該分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数  ※上記該当者が無い場合のみ、受講試験出願者自身が、感染管理分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入してください。 | 1.感染管理認定看護師　：有（　　　名）・無  2.感染症看護専門看護師：有（　　　名）・無  3.いずれも無の場合  実務研修指導者：  例）実務研修指導者：教育担当師長、専任の感染管理担当者、感染管理分野における経験5年以上を有する主任など |
| 3-4)※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいですが、いない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の5年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入してください。 | |

（　2024：様式3　）

|  |
| --- |
| **認定看護分野歴における実績**  4-1）主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）    4-2）看護研究業績 （学会及び研究会等への発表・学術誌投稿業績など） |

**4．学会及び研修会等の実績**

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |

※受講試験出願者は、下記チェック欄に記入しないでください。

【 **受講試験担当者チェック欄**　】

* 免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。（必須要件）
* 通算3年以上、感染管理に関わる活動実績（感染対策委員会、ICT、リンクナース会等）

を有すること。（必須要件）

□　感染予防・管理等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。

　（必須要件）

□ 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。

（　2024：様式4　）

勤　務　証　明　書

記入日　　西暦　　　　年 　　月　 　日

受講試験出願者氏名：

○上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務  期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （西暦） 　 年　 　月から | （西暦）  年　　月迄 | 年　　　か月 | 年　　　か月 |
| 非常勤勤務  期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （西暦） 　　年　　月から | （西暦）  年　　月迄 | 年　　　か月 | 年　　　か月 |
| **合計通算年数** | | | | **年 　 か月** |

○所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名：

職位名**＊**：

氏　名　：　　　　　　　　　　　　　　㊞

機関（施設）所在地：

TEL：

**＊**病院長あるいは看護部長が発行すること。

（　2024：様式5　）

感染予防・管理の活動実績　事例要約

|  |
| --- |
| 取り組んだ期間：　　　　　　年 　　月 　　日　～　　　　 年 　　月 　　日 |
| 取り組んだ場所 |
| 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してください）  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・管理  9．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 取り組む前の状況（背景） |
| 問題点 |
| 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などに基づいて記載してください。 |

（　2024：様式5　）

|  |
| --- |
| 改善のための計画 |
| 実施 |
| 評価 |

（　2024：様式6　）

受講試験者用　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日本看護協会神戸研修センター用

**2024年度 日本看護協会　神戸研修センター　　　　　　　2024年度 日本看護協会　神戸研修センター**

**認定看護師教育課程　　　　　　　　　　　　　　　　　　認定看護師教育課程**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講試験票Ｂ** | 受講試験番号（センター記載） | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |
| 氏名 | | |
| 感染管理課程 | | |
| 所属施設 | | 写真貼付  正面上半身  (40×30mm)  3か月以内に  撮影したもの  裏面に氏名を記入 |
| 施設名  所在地（都道府県のみ） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講試験票Ａ**  **（受講試験当日持参）** | 受講試験番号（センター記載） | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |
| 氏名 | | |
| 感染管理課程 | | |
| 所属施設 | | 写真貼付  正面上半身  (40×30mm)  3か月以内に  撮影したもの  裏面に氏名を記入 |
| 施設名  所在地（都道府県のみ） | |

**※履歴書、****受講試験票Ａ・Ｂは同一の写真を用いること**

**※この受講試験票Ａは、受講試験当日に必ず携帯すること**

**◆受講試験票は、Ａ４サイズ、片面印刷で出力し、切り取らずにＡ・Ｂ両方をご提出ください。**

**◆出願書類を審査の上、受験が認められた方には受講試験票Ａを返送します。**

（　2024：様式7　）

［　受講検定料 銀行振込控えのコピー貼付票　］

|  |
| --- |
| 銀行振込控えをコピーしてここに貼付  　　　\*原本はご自身で保管してください |

（　2024：様式8　）

**特定行為研修の履修歴**

公益社団法人日本看護協会神戸研修センター認定看護師教育課程の受講前に特定行為研修を修了した方で、所定の手続きを経て神戸研修センターが認めた場合には、教育課程の一部を履修したものとみなし、当該科目の受講料を免除することが可能になります。なお、**履修免除の対象は、特定行為研修「共通科目」及び栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連のみ**となります。下記の特定行為研修受講歴を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 特定行為研修「共通科目」受講歴 | 有　　・　　無 |
| 特定行為区分　受講歴  「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 | 有　　・　　無 |
| 受講した特定行為研修機関名 |  |
| 特定行為研修受講期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |

* 受講試験合格後、入講手続きを行っていただく際に特定行為研修修了証のコピーを提出していただく予定です。
* 現在特定行為研修を受講中で2024年3月末までに受講を終える予定の方は、受講試験合格後、入講手続きを行っていただく際に修了見込み証明書（あるいは在学証明書）を提出していただきます。