

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

2022年度 受講試験出願書類一式

記入見本

- ・ 出願書類は記入見本を参照して、記入してください。
- ・ 記載内容及び送付書類が不十分の場合は受理できないこともあるため、記入例と記入上の注意をよく読み、記入間違い、記入漏れ、不備がないように十分注意してください。

履 歴 書

西暦 2000年 00月 00日現在

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
提出する2枚の写真
と同一の写真を使用
してください

フリガナ	コウベ ハナコ	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏 名	神戸 花子	印
生年月日	西暦 1900年 0月 00日生 (満00歳)	

フリガナ	ヒョウゴケン コウベシ 〇ク 〇	TEL (07×) 23×-32××
現住所	〒651-0000 兵庫県神戸市〇〇区〇〇1-2-3	携帯電話 090-××××-0000
フリガナ	イリョウホウジンザイダン ナダイリョウセンタービョウイン	施設概要
所 属 施設名	医療法人財団 灘医療センター病院	【病床数】 333床 【看護体制】 7 対 1
設置主体	(⑫) * 「出願書類の記入にあたって」の中の該当番号を記入	
所属施設 住 所	〒65× - 007× 兵庫県神戸市中央区〇〇〇〇通3-2-1	TEL (07×) 86×-95×× 所属病棟もしくは内線番号 (1111) FAX (07×) 86×-23××
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 1900年 7月 5日	〇〇〇〇〇〇号
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)		
1993年 3月	兵庫県立神戸高等学校 卒業	
1993年 4月	協浜海岸大学 看護学部 入学	
1997年 3月	同校 卒業	
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

- ・ 全て西暦で記入してください。
- ・ ここに職歴は記入しないでください。
- ・ 高等学校卒業時から記入してください。

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載してください)

(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)

1997年 4月～ 2000年 3月 (36か月間)	所属施設名： ○○○○医科大学附属病院 所属部署名： 呼吸器内科病棟	職位： スタッフナース
2000年 4月～ 2005年 3月 (60か月間)	所属施設名： ○○○○医科大学附属病院 所属部署名： 整形外科病棟	職位： 看護主任
2010年 4月～ 2021年 8月 (〇〇〇か月間)	所属施設名： ○〇市立〇〇病院 所属部署名： 内科病棟	職位： スタッフナース
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		〇〇〇か月間 (〇年〇か月間) ※2021年9月1日現在

・施設名は正式名称を記入してください。

・施設名が変更になった場合は旧名称を () で記入してください。

・職位が変わった場合は新たに記載してください。

2021年9月1日時点での期間を記入してください。計算の間違いが多くなっているため、必ず確認をしてください。

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に記載する (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

1997年 4月～ 2000年 3月 (36か月間)	所属施設名： ○○○○医科大学附属病院 所属部署名： 呼吸器内科病棟、感染対策係	職位： スタッフナース
2010年 4月～ 2021年 8月 (〇〇〇か月間)	所属施設名： ○〇市立〇〇病院 所属部署名： 内科病棟、リンクナース	職位： スタッフナース
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		〇〇〇か月間 (〇年〇か月間) ※2021年9月1日現在

スタッフナース以外は、院内の規定にある正式な職位を記入してください。

注) 合計欄は、1-1)、1-2)2か所とも記載してください。

(2022 : 様式 3 見本)

4. 学会及び研修会等の実績

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)

- 例) 2017年5月 ○○学会主催 感染管理教育セミナー受講
2018年2月 ○○県看護協会主催 感染対策トレーニング参加

・学会名、研修名、年月日、演題名、などの記載漏れがないようにすること。

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)

例) 研究発表の場合

筆頭著者名, 自身の名前, (他○名), 演題, 発表学術集会名, 発表年月. の順に記載
○本○美 (他3名), 感染管理における△△△△, 第○回日本××看護学会学術集会, 2018年2月.

例) 論文投稿や雑誌等への執筆の場合

筆頭著者名, 自身の名前, (他○名), タイトル, 雑誌名. 巻(号), ページ, 発行年. の順に記載
○山○子 (他2名), MRSA感染者の△△△△, 日本××学会雑誌, 15 (6), 33-44, 2019年.

5. 志望理由

枠のサイズは変更しないでください。
枠内に記載してください。

※受講試験申請者は、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) **この欄はチェックしないでください**
- 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。