山口県立大学看護研修センター

令和6年度（20２4年度）　感染管理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）

**出　願　書　類　一　式**

「出願書類記入上の注意」を参照の上、ご記入ください。

（３）（４）は所属長（看護部長等）が記入してください。

**記載不備の場合は受付けることができません**のでご確認の上ご提出ください。

* + 1. 入学願書【様式１】
		2. 履歴書【様式２】
		3. 勤務証明書【様式３】
		4. 推薦書【様式４】
		5. 志望理由書【様式５】
		6. 日本国の看護師免許証の写し〈A４判縮小コピー〉
		7. 高等学校等の卒業証明書〈改姓された方は戸籍抄本1通〉
		8. 写真2枚〈履歴書と同じもの〉
		9. 受験票郵送封筒
		〈長形3号封筒120×235ｍｍに、4１4円切手（簡易書留料金含む）を貼付し、本人の郵便番号・住所・氏名を記入したもの〉
		10. 入学試験結果通知送付用封筒
		〈角形2号封筒240mm×332mmに本人の郵便番号・住所・氏名を記入したもの（切手不要）〉

**出願書類記入上の注意**

1．生年月日の年号はすべて西暦で記入してください。

2．いずれも必要事項をもれなく記入してください。

3．枠内のスペースにおさまるように記入してください。

4．複数枚必要な様式はコピーしてお使いください。

５．受験番号の欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　には何も記入しないでください。

＊

6．**申請書類の年齢については令和6年（２０24年）４月１日現在でご記入ください。**

7.自署以外は、パソコンで入力してかまいませんが、フリクションペン、鉛筆等消えるものでの記入は認めません。

【記載の留意点】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請請書類** | **様式** | **記入方法と注意事項** |
| 1. 入学願書
 | 様式1 | ・氏名は自署で記載してください。・電話番号は日中連絡の取れる番号を記載してください。・入学試験料　銀行振込控えを枠内に貼付してください。 |
| 1. 履歴書
 | 様式2 | ・性別は○印をつけてください。・所属機関名は正式名称を記載してください。（離職中の方は「離職中」と記載してください。）・病床数は施設全体の数です。・写真は上半身・無帽正面向きで最近3ヶ月以内に撮影したものを貼付してください。・保健師、助産師、看護師の欄は、該当欄に免許取得年月日、免許番号を記載してください。・学歴は、高等学校卒業からとし、それ以降の大学、専門学校などの入学、卒業を順次記載してください。進学課程の場合は、准看護師学校から記載してください。・**「1．職歴」**は看護師免許取得以降のものを順次記載してください。・特に所属の明記に関しては留意してください。例）循環器内科・外科混合病棟　など・看護の実務経験年数（准看護師実務経験は含まない）は、休職（産休・育休・病休）期間中は除きます。なお、入学時に通算５年以上の実務経験が必要です。

|  |
| --- |
| 1　職歴（所属施設名・所属・職位を含む） |
| 2007年4月～2012年5月 | 5年2カ月 | 所属施設名：○○病院所属：看護部職位：看護師 |
| 2012年6月～2013年5月 | 1年0カ月 | 産休・育休のため休職 |
| 2013年6月～2023年9月現在 | 10年3か月 | 所属施設名：○○病院所属：医療安全室職位：主任看護師 |

・**「２．職歴(前記)における感染管理分野歴」**には所属施設名・配置場所・感染管理内容がわかるように記載してください。・感染管理分野の実務経験年数は、専任感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、ICCメンバー、病棟における感染対策係、感染管理担当師長などを感染管理内容に記入してください。

|  |
| --- |
| 2　職歴(前記)における感染管理分野歴（所属施設名・配置場所・感染管理内容） |
| 2013年6月～2023年9月 | 10年3カ月 | 所属施設名：○○病院　配置場所：医療安全室感染管理内容：リンクナース |

・**「３　感染管理分野における実務経験及び施設概要」**は、以下の記載例を参照してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設で実施しているサーベイランスの種類 | （例；中心静脈ライン関連血流感染サーベイランス、手術部位感染サーベイランス） |
| 感染管理コンサルテーション担当部署 | （例；感染制御部、ICTなど） |
| 「感染対策加算」の有無※無の場合のみ、ICT配置の有無及びICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する。 | 1. 対策加算：　有　・　無
2. １が無の場合

　ICTチーム：　有　・　無ミーティング：50回/年ラウンド：25回/年 |
| 感染管理分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の人数と分野名称※上記該当がいない場合のみ、受験申請者自身が感染管理分野の実務経験において主に指導を受けた人を記載する。 | 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

実務経験上の指導者：例）専任の感染管理担当者、感染管理分野における経験5年以上を有する看護師長など |

・**「４　ケア改善実績事例要約」**は、以下の記載例を参照してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ケア改善に取り組んだ期間 | 例：2018年10月1日～2021年9月30日 |
| ケア改善に取り組んだ場所 | 例：血液内科病棟 |
| 改善事例の種類（該当する番号✓） | １　侵襲的医療器具・処置に関連した感染防止技術の改善（該当する項目に✓）　　☑血流感染防止　　□尿路感染防止　　□肺炎防止　　□手術部位感染防止２　環境整備３　針刺し防止４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 改善前の状況 | 例：血液内科病棟入院中の患者は、易感染状態で・・・・（中略）・・・血流感染を疑わせる症例もあった。 |
| 問題点 | 例：感染防止の観点から、中心ライン関連の輸液調剤は薬剤部の輸液調剤室で行うことが望ましい・・・（中略）　・・　病棟での輸液調剤マニュアルがないため、看護師の手技にもばらつきがあった。手技を統一する必要がある。 |
| 改善の根拠 | 例：2002年に発表された血管内カテーテル由来感染予防のためのCDCガイドラインでは、注射用混合液の準備と品質管理において無菌テクニックを用いて層流フードの中で薬局にて混合する。」と推奨されている。 |
| 改善のための計画 | 例：１．中心ライン関連サーベイランスを・・・２．薬剤師との協議を行い、中心ラインから用いる輸液製剤薬剤部で作成、管理について仕組みづくりを検討する。３．病棟で作成する場合の調剤マニュアルを作成し・・・・・等。） |
| 実施 | 例：2018年9月1日～7日　実態調査・・・・・ |
| 評価 | 例：マニュアル作成により1カ月後より統一した手技で点滴調合ができるようになった。 |

・**「５　学会および研究会発表等の業績」**（感染管理に関するもの）については、発表年月日、学会名、演題名、口演・ポスターの別、共同演者・演者の別を順次記載してください。・教育機関チェック欄は記載しないでください。 |
| 1. 勤務証明書
 | 様式3 | ・人事課（病院長名）あるいは看護部門の責任者が作成してください。・看護経験年数（准看護師実務経験は含まない）は入学時に５年以上を有することがわかるように記載してください。なお、現在の施設だけで５年を満たさない場合は、前勤務施設の証明書も必要となります。・書類は必要に応じて各自でコピーしてください。 |
| 1. 推薦書
 | 様式4 | ・看護部門の責任者（看護部長等）が記入してください。・推薦者氏名は自署してください。 |
| 1. 志望理由書
 | 様式5 | ・感染管理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）を志望する理由を８００字以内で記載してください。 |
| 1. 看護師免許証の写し
 | 各自準備 | ・日本国の看護師免許証の写し（A4サイズに縮小コピーしたもの） |
| 1. 高等学校もしくはこれに準ずる学校の卒業証明書
 | 各自準備 | ・高等学校もしくはこれに準ずる学校の卒業証明書（改姓された方は戸籍抄本1通）※卒業証書の写しはありません。 |
| 1. 写真2枚
 | 各自準備 | ・2枚提出してください。履歴書で使用したものと同じ写真とし、裏面に氏名を記名してください。 |
| 1. 受験票郵送用封筒
 | 各自準備 | ・長形3号封筒（120×235ｍｍ）に、4１4円切手（簡易書留料金含む）を貼付し、本人の郵便番号・住所・氏名を記入してください。 |
| 1. 入学試験結果通知送付用封筒
 | 各自準備 | ・角形2号封筒（240mm×332mm）に、本人の郵便番号・住所・氏名を記入してください（切手不要）。 |

山口県立大学看護研修センター

**感染管理認定看護師教育課程**

**（特定行為を組み込んでいる教育課程）**

**令和6年度（20２4年度）　入学試験**

**出　願　書　類　一　式**

＊次頁以降が出願願書です。

＊

**入　学　願　書**

**山口県立大学長　様**

**私は、令和6年度（2024年度）山口県立大学看護研修センター感染管理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）を受験したいので、関係書類を添えて提出いたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **西暦** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **現住所：** | **〒** |  |  |
|  |
| **TEL：（** |  | **）** |  | **－** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏名****（自署）** |
| **（西暦** |  | **年** |  | **月** |  | **日生）** |

検定料振込金受領書貼付欄

（コピー可）

**履　歴　書**

＊

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 西暦 | 年 | 月 | 日　現在 |

写真貼付

(縦4cm×横3cm)

裏面に氏名を記入すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 |
| 氏　名（自署） |  |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日生（満 | 歳） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | TEL |
| 現住所 | 〒 | TEL |
|  |
| 携帯電話 |
|  |
| 所属機関名 |  |
| 病床数 | 病床数（ | ） |
| ふりがな |  | TEL/FAX |
| 所属機関住所 | 〒 | TEL |
|  |
| 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 |
| **学歴（高等学校卒業から記入）** |
| 西暦年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| **１　職歴（施設名・部署名・職位を含む）** |
| 西暦年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 看護の実務経験年数（通算） | 年 | カ月 |  |

|  |
| --- |
| **２　前記（職歴）における感染管理分野歴**（所属施設名・部署名・職位） |
| 西暦年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年 | 月～ | 年 | 月 | 年 | 22カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 感染管理分野での経験年数 | 年 | カ月 |  |

|  |
| --- |
| **３　感染管理分野における実務経験及び施設概要**※最低３年間の感染管理分野における施設の実績について記載。施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する。(様式をコピーして記入する。)施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設で実施しているサーベイランスの種類 |  |
| 感染管理コンサルテーション担当部署 |  |
| 「感染対策加算」の有無※無の場合のみ、ICT配置の有無及びICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する。 | 1. 感染対策加算：　有　・　無
2. １が無の場合

　ICTチーム：　有　・　無　ミーティング：　　　　　回/年　　　ラウンド：　　　回/年 |
| 感染管理分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の人数と分野名称※上記該当がいない場合のみ、受験申請者自身が感染管理分野の実務経験において主に指導を受けた人を記載する。 | 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

実務経験上の指導者： |

|  |
| --- |
| **４　ケア改善実績事例要約**前記「２感染管理分野歴」に記載した期間において、最新の知見や自施設のサーベイランスデータに基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績1例の要約 |
| ケア改善に取り組んだ期間　　　　　　　 | 年 | 月 | 日～ | 年 | 月 | 日 |
| ケア改善に取り組んだ場所 |
| 改善事例の種類（該当する番号に○）１　侵襲的医療器具・処置に関連した感染防止技術の改善（該当する項目に✓）　　□血流感染防止　　□尿路感染防止　　□肺炎防止　　□手術部位感染防止２　環境整備３　針刺し防止４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 改善前の状況 |
| 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等に基づき記載することが望ましい）※サーベイランスデータの記載は必須ではない |
| 改善のための計画 |
| 実施 |
| 評価 |

|  |
| --- |
| **５　学会および研究会発表等の業績について（感染管理に関するもの）** |
|  |

|  |
| --- |
| 【**教育機関チェック欄**】□免許取得後、通算5年以上実務経験があること。□上記の実務経験期間のうち通算3年以上の感染管理に関わる下記のような活動実績を有すること。最新知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善事例を1例以上有すること。医療関連サーベイランス（血流感染、尿路感染、肺炎、手術部位感染）について計画から実施・評価まで担当した実績をひとつ以上有することがのぞましい。□現在、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。 |

＊

**勤　務　証　明　書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名： |  |

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

１　在職期間

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 西暦 | 年 | 月まで |  | 通年 | 年 | カ月間勤務している。 |
| 西暦 | 年 | 月まで |  |
| ただし、休職期間（産休・育休など） | 通年 | 年 | カ月　は含まない。 |
| 勤務（従業）形態は〔　 常　勤　・　非 常 勤 　〕である。 |
| 非常勤の場合は、週に約 | 時間勤務している。 |  |

２　所属した部署の名称と具体的な特徴、さらに実績年数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属部署名 |  | 実績年数 | 年 | カ月 |
| 部署の特徴 |  |
| 所属部署名 |  | 実績年数 | 年 | カ月 |
| 部署の特徴 |  |
| 所属部署名 |  | 実績年数 | 年 | カ月 |
| 部署の特徴 |  |
| 所属部署名 |  | 実績年数 | 年 | カ月 |
| 部署の特徴 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 機関（施設）名： |  |
| 職位※： |  |
| 氏名： | 印 |
| 機関（施設）所在地： |  |
| TEL： |  |

※人事課（病院長名）あるいは看護部長等の職位の方がご記入ください。

＊

**推　薦　書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

受講者氏名：

上記の者は、感染管理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）の教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者氏名（自署）： | 印 |
| 所属機関： |  |
| 職位※： |  |
| 住所： | 〒 |
| T E L： |  |

※看護部長等の職位の方がご記入ください。

＊

**志　望　理　由　書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名： |  |

|  |
| --- |
|  |

枠の調整は行わず1枚にまとめ、800字以内とする。