**獨協医科大学　地域共創看護教育センター**

**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（B課程）**

**2022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）感染予防・管理の活動実績　事例要約（**様式5**）

（6）受講検定料「ご利用明細表（振替受付票）」のコピー貼付票（**様式6**）

（7）緊急連絡先（**様式7**）

（8）推薦書**（様式８）**

（9）特定行為研修の実習協力施設の確認**（様式９）**

（10）受験票及び写真票（写真サイズ 縦4ｃｍ×横3ｃｍ）**（様式10）**

※写真2枚は履歴書と同じもの

（11）看護師免許証の写し（A4判に縮小したもの）

（12）受験票返信用封筒（長形3号120×235mm）

|  |
| --- |
| 「記入見本」を青文字で記載しています。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 | ・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1. 実務研修施設歴
2. 実務研修の実績概要
3. 認定看護分野歴における実務研修施設概要
4. 学会及び研修会等の実績
 | 3 | ・「**記入例（青地）」**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2021年12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。・通算5年以上注3）の看護実績と専門分野の通算３年以上の看護実績を証明する書類です。現在の職場で満たさない場合は、前職場の証明書も必要です。注3) 2021年12月31日現在での実績 |
| 感染予防・管理の活動実績事例要約 | 5 | ・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、自身が中心となって実施したケアの改善実績を1事例要約する |
| 受講検定料「ご利用明細票（振替　　受付票）」貼付票 | 6 | ・銀行振込の控え「ご利用明細票（振替受付票）」のコピーを貼付してください。 |
| 緊急連絡先 | 7 | ・災害などで受講試験の日程に変更が生じた場合に限り、地域共創看護教育センターから皆様へ通知させていただきます。（通知方法は、その時の状況で携帯メールまたは電話で行うかを判断します）・必ず連絡がつく携帯電話の番号、mailアドレスを記載してください。 |
| 推薦書 | 8 | ※ 推薦書の提出が難しい場合には、ご相談ください。 |
| 特定行為研修の実習協力　施設の確認 | 9 | ・特定行為研修の指導者は、当該区分の指導を行う医師となる。指導者の有無、有の場合は人数を記入する。・各特定行為の年間症例数概数を記入する。・演習･ シミュレーションに使用可能な研修室等の有無、 有の場合は広さ㎡を記入する。・安全管理に関する組織の主な構成員は、医師あるいは歯科医師 必須 1 名の有無と、看護師・薬剤師･その他いずれかの1 名の有無を記入する。・実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書は、当該施設で受け入れている臨地実習に係る安全管理の手順等に準ずる。・実習に係る患者の相談に応じる責任者 は、患者・家族からの苦情 ･ 相談に応じる体制および責任者 の有無、有の場合は、職種を記入する。特定行為研修および実習協力施設については次を参照のこと。https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000506614.pdfhttps://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197164.pdf |
| 写真or受験票 | 10 | 氏名とフリガナを記入し、写真を糊付けする。※受験番号は記入しない。 |
| 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） |
| 受験票返信用封筒 |  | ・長形3号封筒120×235mmに404円切手を貼付し、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。 |

**獨協医科大学　地域共創看護教育センター**

**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（B課程）**

**2022年度　受講試験**

**出願書類一式**

**＊次頁以降が出願書類です。**

（2022：様式1）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講試験番号：

受　講　出　願　書

獨協医科大学

地域共創看護教育センター長 殿

私は、獨協医科大学　地域共創看護教育センター 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）　　　　　　　　　　　　　　印

（2022：様式2)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講試験番号：

履　 歴　 書

西暦　　　年　 　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 |
| 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提出する2枚の写真と同一の写真を使用してください |  | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日生（満　　歳） |
| フリガナ | 　 | TEL携帯電話　　　 |
| 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 |
| 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 |  |

（2022：様式3） 　　　 受講試験番号：

**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）

|  |
| --- |
| **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）**　　記入例：青字（提出時は例は削除） |
| 1997年 4月～ 2000年 3月 （ 36か月間）  | 所属施設名： ○○会○○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： ○○会○○病院所属部署名： 整形外科病棟 　　　　　　　　　　　　職位：看護主任  |
| 　　 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）※**2021年12月現在 |
| **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に記載する（感染対策室を含む）　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記入例：青字（提出時は例は削除） |
| 1997年 4月～ 2000年 3月 （ 36か月間）  | 所属施設名： ○○会○○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  |
| 　　 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）※**2021年12月現在 |

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2か所とも**記入してください。

（2022：様式3） 　　　 受講試験番号：

**2．実務研修の実績概要**（※**受講試験出願者の経歴**を記入してください）

|  |
| --- |
| 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・管理活動などについて担当した具体的な内容注：活動実績がない場合、記載は必要ない。 |
| 医療関連感染サーベイランス（計画から実施・評価まで担当した項目に〇、その他は具体的に記載する）注：サーベイランスの実績がない場合、記載は必要ない。 | 手術部位感染（　　）血管内留置カテーテル関連感染（　　）尿路カテーテル関連感染（　　）人工呼吸器関連肺炎（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 感染予防・管理活動（ICTやリンクナースなどのチーム活動を含む） | 具体的な活動内容： |
| 感染管理に関する研修会等の企画や開催（病棟・部署内の学習会を含む） | 対象：内容： |
| マニュアル作成（掲示物や手順書の作成等を含む） | 具体的な作成物とその内容： |

（2022：様式3） 　　　 受講試験番号：

**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）感染管理コンサルテーション担当部署 | （例：感染対策室、看護部、ICTなど） |
| 3-3）「感染防止対策加算」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. 感染防止対策加算：有（１・２）　・　無2. 感染防止対策地域連携加算：　有　・　無3．抗菌薬適正使用支援加算：　　有　・　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※上記該当者がいない場合のみ、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研修指導者：例）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が、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載するか、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載する。 |

（2022：様式3） 　　　 受講試験番号：

|  |
| --- |
| **認定看護分野歴における実績**年月日、学会名、研修名、演題名　の順に記載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）筆頭演者名（他○名），演題，発表学術集会名，発表年月　の順に記載 |

**4．学会及び研修会等の実績**

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |

（2022：様式4） 　　　 受講試験番号：

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　：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

機関（施設）所在地：

TEL：

**＊**病院長あるいは看護部長名

（2022：様式5） 　　　　 受講試験番号：

感染予防・管理の活動実績　事例要約（２ページ以内）

|  |
| --- |
| 改善事例：例　手指衛生の取り組み |
| 改善前の状況 |
| 取り組んだ課題（取り組みが必要と思った理由も含む） |
| 取り組んだ期間 |
| 取り組んだ場所 |
| 改善計画 |
| 実施内容 |
| 評価 |

（2022：様式6　） 　　　　　　　受講試験番号：

|  |
| --- |
| 銀行振込の控え(コピー)をここに貼付 |

［　受講検定料 「ご利用明細票（振替受付票）」貼付票　］

（2022：様式7）

**緊　急　連　絡　先**

**「感染管理課程」**

**◆緊急連絡先**

災害などで受講試験の日程に変更が生じた場合に限り、地域共創看護教育センターから皆様へ緊急連絡をさせていただきます。（通知方法は、その時の状況で携帯メールまたは電話で行うかを判断します）

［注意事項］

1. 携帯メールアドレスが間違っていますと連絡が出来ませんので、大きく楷書で判読できるようにご記入ください。
2. 携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 施設名 |  |
| 携帯メールアドレス | **＠** |
| 携帯電話番号 | **－　　　　　－** |
| 上記以外で連絡のつく電話番号 | 　**－　　　　　－** |

注）この緊急連絡先の個人情報は受講試験終了後、シュレッダーにかけて破棄いたします。

（2022：様式8）

**推　薦　書**

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

申請者氏名：

上記の者は，認定看護師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。

推薦者氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所属機関（施設）：

職位（名）：

所属機関住所：（〒　　　－　　　　）

電話：

推薦理由（人物像、将来期待する事等）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

（2022：様式9）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 |  |

**特定行為研修の実習協力施設の確認**

　特定行為研修(栄養および水分に係る薬剤投与関連及び感染に係る薬剤投与関連)の実習については、

教科目の時間数以外に実際の患者に対する実技を15症例以上経験する必要があります。

今後、特定看護師として、特定行為実践が円滑に進められるために所属施設での実習をお願いしています。

その為、獨協医科大学の実習協力施設としてご協力をお願い致します。

　実習協力施設として、特定行為実践の実習が可能であるか、以下の内容について確認をお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設名 |  | 床数( )床 |
| <区分>栄養および水分に係る薬剤投与関連 |
| 指導者(医師)　 ①臨床経験7年目以上および指導医講習会の受講経験があること②臨床研修指導医と同等以上の経験を有する者、具体的には、7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者 | ①有（　）人　無②有 (　)人　無 |  |
| 前年度年　間症例数 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 (概数) | 　　　　　例 |  |
| 脱水症状に対する輸液による補正(概数) | 　　　　　例 |  |
| <区分>感染に係る薬剤投与関連 |
| 指導者(医師)　①臨床経験7年目以上および指導医講習会の受講経験があること②臨床研修指導医と同等以上の経験を有する者、具体的には、7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者 | ①有（　）人無②有（　）人無 |  |
| 前年度年　間症例数 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時投与(概数) | 　　　　　例 |  |
| 共通して必要な事項 |
| 演習･シミュレーションが可能な部屋 | 有　・　無( 　　 m2) |  |
| 安全管理に関する組織の主な構成員 | 医師あるいは歯科医師(必須)　1名 | 有　・　無 |  |
| 看護師・薬剤師・その他いずれか1名 | 有　・　無 |  |
| 実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書 | 有　・　無 |  |
| 実習に係る患者の相談に応じる責任者　職種( 　 ) | 有　・　無 |  |
| その他 |
| 特定行為修了者 | 有　・　無区分： |  |

（2022：様式10）

2022年度

獨協医科大学　地域共創看護教育センター

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）

受験票

受験票は、試験中常に机上に置いてください。

試験期日

|  |  |
| --- | --- |
| 試験日 | **2022年２月８日(火)** |
| 開始時間 | **午前9時15分～** |
| 会場 | 獨協医科大学 |

（注意事項）

１ 午前８時45分から受付を開始します。

２　試験当日、事故等により遅れる場合、または、欠席する場合は、電話連絡して下さい。

（電話0282-87-2508　地域共創看護教育センター）

３　試験開始20分までは入室を認めます。

４　試験終了５分前からは退室できません。

５　試験中は、携帯電話、PHS等は利用できません。

６　試験時の筆記用具は、鉛筆･シャープペンシル（HB以上の濃さのもの）、消しゴム、時計（時刻表示のみ）とし、他の携帯品は試験監督の指示に従ってください。

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |

写真 貼付

（4cm×3cm）

・正面上半身無帽最近3カ月以内に撮影したもの

・入学願書と同一のものとする

受験票は、試験中常に机上に置いてください。

2022年度

獨協医科大学　地域共創看護教育センター

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）

写真票

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |

※受験番号欄は記入しないでください。

※履歴書･受験票･写真票の写真については、

同一のものを貼付してください。

※受験票と写真票は切り離さず、このまま

必要事項を記入し、他の提出書類と一緒

に送付してください。

写真 貼付

（4cm×3cm）

・正面上半身無帽最近3カ月以内に撮影したもの

・入学願書と同一のものとする

