|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式1） | 受験番号： |

**入学願書**

学校法人京都育英館 京都看護大学

　 看護の智協働開発センター長　殿

私は、京都看護大学 看護の智協働開発センター 感染管理認定看護師教育課程を

受講したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 氏　名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 生年月日：西暦　　　　　年　　 　月　　　日生 |
| 現住所：　〒　　　－　　　　　 |
| ＴＥＬ：（　　　　 )　　　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式2） | 受験番号： |

**履　 歴　 書**

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

様式6　受験票A、Bと同一の写真を使用すること

　　（西暦）　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | 男 ・ 女 |
| **氏　名** |  | 印 |
| **生年月日** | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　歳） |
| **フリガナ** |  | **携帯電話** |  |
| **現住所** | 〒 |
| **E-Mail** |  |
| **フリガナ** |  | **病床数** | 床 |
| **所属機関****名　　称** |  |
| **看護体制** | 対１ |
| **設置主体** |  （　 　）　\*「申請書類の記入についての注意事項」の中から番号を記入 |
| **所属機関****住　　所** | 〒 | **ＴＥＬ** |  |
| **ＦＡＸ** |  |
| **看護師免許取得年月日** | (西暦)　 年 月 日 | 第　　　　　　　　　　　　　　号 |
| **学　　歴**（高校卒業時から記入） |
| （西暦）　年　月 |  |
| 年　月から年　月まで |  |
| 年 月から年 月まで |  |
| 年 月から年 月まで |  |
| 年 月から年 月まで |  |
| **職　　歴**（看護師免許取得まで、看護職以外の職歴のみ記載、准看護師経歴も含む） |
| 年　月から年　月まで |  |
| 年 月から年 月まで |  |
| 年 月から年 月まで |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式3） | 受験番号： |

**実務研修報告書**

1. **実務研修施設歴**（※申請書作成までの受験者の職歴を記載する）

**1－1）全実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、部署名、職名）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　間（月数） | 所属施設名 | 部署名 | 職位名 |
| 年　月から年　月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年　月から年　月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年　月から年　月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年　月から年　月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年　月から年　月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年　月から年　 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 合　　　　計 | ヶ月（　　年　ヶ月） | **＊2023年9月末日現在** |

**1－2）感染管理分野における実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、部署名、実務研修内容）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　期　間（月数） | 所属施設名 | 部署名 | **実務研修内容** |
| 年　月から年　月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年　月から年　月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 感染管理分野歴合計 | ヶ月（　年　ヶ月） | **＊2023年9月末日現在** |

**2．実務研修の実績 概要**※受験者の経歴を記載し、実績が無い内容については記載しなくもよい。

|  |
| --- |
| 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・管理活動等について担当した具体的な内容 |
| 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○、その他は具体的に記載する） | 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 | 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： |

**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** について記載し、該当項目に〇をつける。

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載する（様式をコピーして記載する）。

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：○○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。

**4．学会及び研修会等の業績**

|  |
| --- |
| **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）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）　 |

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

**【 入試担当者チェック欄　】**

□　日本国の看護師免許を有すること。

□　看護師免許取得後、実務研修が通算5年以上あること（うち3年以上は認定看護分野の実務研修）。

□　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。

□ 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。

□　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。

|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式4） | 受験番号： |

**勤 務 証 明 書**

記入日 西暦 年 月 日

# 申請者氏名：

○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が発行すること。

|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式5） | 受験番号： |

**推薦書**

西暦2023年　　月　　日

申請者氏名：

上記の者は、感染管理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。

【推薦理由】

|  |
| --- |
| 推薦者氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 職位名＊： |
| 機関（施設）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。

|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式6） | 受験番号： |

**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○、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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 改善前の状況 |
| 問題点 |
| 実施 |
| 評価 |

|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式7） | 受験番号： |

**実 習 施 設 情 報**

**1．実習を行う予定の施設リスト**

* + - 当センターは研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に

活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を推奨しています。必ず所属長が許可した内容を

ご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | **施　設　名　称** |
| 自　施　設　実　習 | 所属施設 | ① |  |
| 実習可能な関連施設 | ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| 他施設実習 | ⑤ |  |

**2．受講を希望する特定行為に関する施設情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定行為区分 | 特定行為 | 実習施設番号※1 | 症例数の有無※2 | 指導者の有無※3 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 1. 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
 |  |  |  |
| 1. 脱水症状に対する輸液による補正
 |  |  |  |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 1. 感染徴候のある者に対する薬剤の臨時の投与
 |  |  |  |

※1　上記1のリストより番号を記入

※2　1か月（前年度実績から1か月換算）で、対象となる症例が5症例以上ある場合は〇を記入

※3　医師の指導者がいる場合は〇を記入

　　　　臨床経験が7年以上の医師であること。

「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講していることが望ましい。

|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式8） | 受験番号： |

**緊 急 連 絡 先**

**◆緊急連絡先**

緊急に連絡が必要になった場合に限り、京都看護大学看護の智協働開発センターより

皆様の携帯メールへ通知させていただきます。

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、判読できるように

大きく楷書でご記入ください。判別が難しいものはフリガナをご記入ください。

②　携帯で連絡が取れるメールアドレスがない方は、必ず連絡がつく電話番号をご記入

ください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 携帯で連絡が取れるメールアドレス(英数字、記号は丁寧に記載してください） | 　　　　　　　　　　　　　@ |
| 携帯電話番号 |  　　　　 ―　　　　　　　― |
| （携帯電話の無い方）上記以外で連絡がつく電話番号 | 電話番号：　　　　　 ―　　　　　　　―FAX：　　　 　　―　　　　　　　― |

注1）この緊急連絡先の個人情報は受講審査終了後、シュレッダーにかけて破棄いたします。

注2）携帯メール設定で、必ずc\_nintei@kyotokango.ac.jpが受信できるようにして下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| （京看大：様式9） | 受験番号： |

**受験票 及び 写真票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2024年度 京都看護大学看護の智協働開発センター**感染管理認定看護師教育課程**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　験　票 | 受験番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 所属施設 | 写真貼付(4.0×3.0cm)裏面に氏名を記入し、貼付してください。 |
| 施設名 |
| 所在地（都道府県のみ） |

 | 2024年度 京都看護大学看護の智協働開発センター**感染管理認定看護師教育課程**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 写　真　票 | 受験番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 所属施設 | 写真貼付(4.0×3.0cm)裏面に氏名を記入し、貼付してください。 |
| 施設名 |
| 所在地（都道府県のみ） |

 |
| **入学検定料振込通知**受領証のコピーを貼付 |