

【様式1】

受験番号	※
------	---

(注) ※欄には何も記入しないでください。

入学願書

石川県立看護大学長 殿

私は、石川県立看護大学感染管理認定看護師教育課程を受験したいので、関係書類を添えて提出します。

西暦 年 月 日

現住所	〒 ー
電話番号	() ー

フリガナ 氏名 (自署)	
生年月日	西暦 年 月 日生

受験番号	※	氏名	
------	---	----	--

(注) ※欄には何も記入しないでください。

実務研修報告書

1 実務研修期間および実務研修施設名

2020年3月末現在

(西暦)	期	間	所属施設名	職 位
年	月～	年 月		
	常勤	年 か月		
	非常勤 (週 時間)	年 か月		
年	月～	年 月		
	常勤	年 か月		
	非常勤 (週 時間)	年 か月		
年	月～	年 月		
	常勤	年 か月		
	非常勤 (週 時間)	年 か月		
年	月～	年 月		
	常勤	年 か月		
	非常勤 (週 時間)	年 か月		
年	月～	年 月		
	常勤	年 か月		
	非常勤 (週 時間)	年 か月		
合計		年 か月		

*看護教員としての勤務実績は実務研修期間に含まれません。

2 認定看護分野歴

(西暦)	期	間	所属施設名	所属部署名	職位または感染管理 に関連した役割
年	月～	年 月			
	常勤	年 か月			
	非常勤 (週 時間)	年 か月			
年	月～	年 月			
	常勤	年 か月			
	非常勤 (週 時間)	年 か月			
年	月～	年 月			
	常勤	年 か月			
	非常勤 (週 時間)	年 か月			
合計		年 か月			

【様式5-2】

受験番号	※	氏名	
------	---	----	--

(注) ※欄には何も記入しないでください。

3 医療関連感染サーベイランス実績

医療施設において、医療関連感染サーベイランス（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1事例記載してください。

サーベイランスの種類 _____

事 例 （計画から実施・評価まで含めて記載）

--

【様式6-1】

受験番号	※	氏名	
------	---	----	--

(注) ※欄には何も記入しないでください。

感染管理ケア改善事例の要約

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実績を1事例記載してください。

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○) 1. 侵襲的医療器具・処置に関連した感染防止技術の改善 (血流感染防止、尿路感染防止、肺炎防止、手術部位感染防止など) 2. 環境整備 3. 針刺し防止 4. その他 ()							
改善前の問題							
計画 (改善の方策の根拠を含めて記載する)							

【様式6-2】

受験番号	※	氏名	
------	---	----	--

(注) ※欄には何も記入しないでください。

実施
評価

【様式7】

受験番号	※
------	---

(注) ※欄には何も記入しないでください。

勤務証明書

記入日 西暦 年 月 日

氏名： _____

*どちらかに○印を付ける

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 ~	(西暦) 年 月	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 ~	(西暦) 年 月	年 か月	年 か月
合計通算年数				年 か月

(休職期間には育児休業・産前産後休暇を含む)

所属した部署の名称と具体的な特徴

.....

.....

.....

.....

機関（施設）名：

職位名*：

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。

注1 勤務期間から休職期間を除いた期間が通算勤務期間と一致しているか確認して下さい。

注2 勤務した施設が複数の場合には様式をコピーしてご使用下さい。

【様式8】

受験番号	※
------	---

(注) ※欄には何も記入しないでください。

推薦書

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ

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満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（施設）：

職 位：

所属機関（施設）所在地：

TEL：

* 看護部長等の職位の方がご記入ください。

