|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験番号 | ※ | 氏名 |  |

**【様式５－１】**

（注）※欄には何も記入しないでください。

**実務研修報告書**

2022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 |
| 年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 　 時間） | 年　　か月 |
| 合計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 　か月 | | | |

**１　実務研修期間および実務研修施設名**

＊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 |
| 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）**

|  |
| --- |
|  |