**【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 | 〒　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　　名（自　署） |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　　月　　　　日生 |

**【様式２】**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

（注）※欄には何も記入しないでください。

**履　歴　書**

写真貼付欄

縦4cm×横3cm

正面上半身無帽、背景無し、出願前6ヶ月以内に撮影したもの。

写真裏に氏名・生年月日を記入して貼ること。

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 | 　 | TEL(　　　）　　－FAX(　　　）　　－ |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 所　属機関名 |  |
| 所属機関住　　所 | 〒 | TEL（　　　）　　－所属部署もしくは内線番号（　　　　　　　　　　　　） |
| 免許取得年月日 | （看護師）西暦 　 　　　年　 　　月 　　　日　　　　　　　　　　号（　　　）西暦 　 　　　年　 　　月 　　　日　　　　　　　　　　号（　　　）西暦 　 　　　年　 　　月 　　　日　　　　　　　　　　号 |
| 学歴（高校卒業時から記入）及び職歴 |
| （西暦）　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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**

**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 |
| 　　　　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 |

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

**【様式５－２】**

（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）**

|  |
| --- |
|  |

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

**【様式６－１】**

（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） |

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

**【様式６－２】**

（注）※欄には何も記入しないでください。

|  |
| --- |
| 実施 |
| 評価 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

**【様式７】**

　　（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。

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

**【様式８】**

（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　（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。

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

**【様式９】**

　（注）※欄には何も記入しないでください。

**志　望　理　由　書**

　　西暦　　　　年 　　月　 　日

氏名：

＊1000字程度にまとめて下さい。