宮崎県立看護大学看護研究・研修センター

2021年度　感染管理認定看護師教育課程

**（Ａ課程教育機関：特定行為研修を組み込んでいない教育課程）**

 **出　願　書　類　一　式**

「出願書類記入上の注意」を参照の上、ご記入ください。出願書類については、ホームページよりダウンロードできますのでご利用ください。

（３）（４）は所属長（看護部長等）が記入してください。**記載不備の場合は受付けることができません**のでご確認の上ご提出ください。

（１）　入学願書【様式１】

（２）　履歴書　　　　　　　　　　　　　　　 【様式２-１】

実務研修報告書　　　　　　 　　 【様式２-２】

実務研修カウント表（記入見本）　　　 【様式２-２-①】

感染管理分野における実務経験施設概要 【様式２-３】

ケア改善実績実例要約　　　　　　　　 【様式２-４】

学会及び研究会、発表会等の業績について

（感染管理に関するもの）　　　　　　 【様式２-５】

（３）　勤務証明書【様式３】

（４）　推薦書【様式４】

（５）　志望理由書【様式５】

（６）　緊急連絡先【様式６】

（７）　連絡用宛名【様式７】

※上記、指定様式の他に

（８）　入学検定料振込確認票貼付用紙

（「振込依頼書の本人控え」のコピー又はATMの「利用明細書」のコピーを貼付）

（９）　写真（2枚）

（10）　看護師免許証の写し（Ａ４判縮小コピー）

（11）　返信用封筒（長形３号封筒404円切手貼付、送付先明記）

【様式１】

＊

2021年度宮崎県立看護大学看護研究・研修センター感染管理認定看護師教育課程

**入　学　願　書**

宮崎県立看護大学　学長　　平野　かよ子　殿

　私は、宮崎県立看護大学看護研究・研修センター感染管理認定看護師教育課程に入学したいので、関係書類を添えて提出いたします。

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |
| --- |
| フリガナ |
| 現住所（〒　　　　－　　　　）TEL　（　　　　　　）　　　　－ |

|  |
| --- |
| フリガナ |
| 氏名（自署）印　　　（西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日生） |

【様式２－１】

＊

**履　歴　書**

写真貼付欄

（縦4cm×横3cm）

正面無帽上半身で3か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

同封する写真２枚と同じであること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 |
| 氏　名（自署） |  | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日生（満　　歳） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | TEL/FAX |
| 現住所 | 〒 | TEL(　　　)　　－FAX(　　　)　　－ |
| フリガナ |  |
| 所属機関名病床数 | 病床数（　　　　　　　）床 |
| フリガナ |  | TEL/FAX |
| 所属機関住所 | 〒 | TEL(　　　)　　－FAX(　　　)　　－ |
| 免許取得年月日免許番号 | （看護師）西暦　　　　　年　　　月　　　日 | 号 |
| 学歴（高等学校卒業から記入） |
| 西暦年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |

【様式２－２】　**実務研修報告書**

＊

**実務研修歴**　※雇用形態が非常勤の期間のみ雇用総時間を記入してください。

雇用期間については、次頁の【様式２－２－①】を活用し記入してください。

|  |
| --- |
| **受験者の経歴を記載する** |
| 期間（西暦） | 雇用期間 | 雇用形態 | ※雇用総時間 | 所属機関名 | 所属部署 | 職位 |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 総雇用期間を記入※非常勤の期間がある場合は総雇用時間を記入する | か月 |  | 時間 |  |

**感染管理分野実務研修歴**　※雇用形態が非常勤の期間のみ経験総時間を記入してください。

|  |
| --- |
| **感染管理にかかわる役割** |
| 期間（西暦） | 経験期間 | 雇用形態 | ※経験総時間 | 所属機関名 | 所属部署 | 感染管理の役割感染管理担当（専従・兼任）リンクナースICTメンバー等 |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 　　年　月～　　年　月 | か月 | 常勤非常勤 | 時間 |  |  |  |
| 総雇用期間を記入※非常勤の期間がある場合は総雇用時間を記入する | か月 |  | 時間 |  |

【様式２-２-①】　　　　　　　　　実務研修カウント表

職歴カウント表(常勤のみ)

職歴カウント表(常勤のみ)歴カウント表(常勤のみ)



【様式２－３】　**感染管理分野における実務経験施設概要**

＊

|  |
| --- |
| 最低３年間の感染管理分野における施設の実績について記載する。施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する（様式をコピーして記入する）。施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設で実施しているサーベイランスの種類実施しているものに☑チェックする | * 血管内留置カテーテル関連血流感染
* 膀胱内留置カテーテル関連尿路感染
* 人工呼吸器関連肺炎
* 手術部位感染

その他（種類を記載）□□□□□ |
| 感染管理コンサルテーション　担当部署主な相談内容を記載する | 年間相談件数　（　　　　　　　　）　件担当部署名　　（　　　　　　　　　　）主な内容・・・・ |
| 診療報酬「感染防止対策加算」の申請の状況該当する箇所に☑チェックする※無の場合のみ、感染管理に関する委員会やチーム等の配置の有無、及び感染対策ラウンドや感染管理に関する会議の年間回数を記載する。 | * 感染防止対策加算１
* 感染防止対策加算２
* 感染防止対策地域連携加算

上記の申請が無い場合は、以下を☑する* 感染管理に関する委員会やチーム等の配置
* 感染対策ラウンド　　　　年間回数　（　　　　　）回
* 感染管理に関する会議　　年間回数　（　　　　　）回

その他□　　　　　　　　　　　　 年間回数　（　　　　　）回□　　　　　　　　　　　　 年間回数　（　　　　　）回 |
| 感染管理分野の認定看護師及び関連する専門看護師の人数該当する箇所に☑チェックする | □　感染管理認定看護師　　　（　　　）名　□　感染症看護専門看護師　　（　　　）名　※上記該当者がいない場合のみ、受験申請者自身が感染管理分野の実務経験において、主に指導を受けた人の職位と感染管理経験年数を記載する。　職位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　感染管理経験年数　（　　　）年　・　年以上 |

【様式２－４】　**ケア改善実績実例要約**

＊

|  |
| --- |
| 「様式２－２感染管理実務研修歴」に記載した期間において、最新の知見や自施設のサーベイランスデータに基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績を1事例記入する。（２頁以内にまとめる） |
| ケア改善に取り組んだ期間：　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| ケア改善に取り組んだ場所　所属施設：　　　　　　　　　　所属： |
| ケア改善に取り組んだ時の職位と役割： |
| 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（該当する項目に☑）　　□血流感染防止　　□尿路感染防止　　□肺炎防止　　□手術部位感染防止２　環境整備３　針刺し防止４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 改善前の状況 |
| 問題点 |
| 改善の根拠（最新の知見や自施設でのサーベイランス等に基づき記載すること） |
| 改善のための計画 |
| 実施 |
| 結果 |

＊

【様式２－５】　**学会及び研究会、発表会等の業績について（感染管理に関するもの）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発表年月（西暦） | 学会等名 | 演題名 | 口演・ポスターの別 | 研究者・共同研究者の別 |
| 　　年　月 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **【教育機関チェック欄】**□免許取得後、看護経験年数(准看護師実務経験は含めない)が通算5年以上実務経験であること。□上記の実務経験期間のうち通算3年以上の感染管理に関わる下記のような活動実績を有すること。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事例を1事例以上有すること。医療関連サーベイランス（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事例以上有することが望ましい。□現在、専従又は兼務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。 |

【様式３】

＊

**勤　務　証　明　書**

氏名

上記の者は当施設において、下記のとおり勤務していること/していたことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | ※通算非常勤勤務時間 |
| （西暦）年　　月～ | （西暦）　　　年　　月 | 年　　か月 | 1日　　　　　時間で週　　　　　 日勤務 |

（※休職期間には、産休・育休を含みます）

（※准看護師期間は勤務期間には含めません）

施設名:

注）職位:

注）人事課（病院長名）あるいは看護部長の職位の方がご記入ください。

氏　　　名: 　　　　　　　　　　　　　　印

施設所在地:

電　　　話 :

【様式４】

＊

**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。

【推薦理由】

推薦者氏名（自署）　：　　　　　　　　　　　　　　印

所　属　機　関　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：

住　所　　　　　　　：〒

ＴＥＬ　　　　　　　：

※看護部長等の職位の方がご記入ください。

|  |
| --- |
| **※推薦に際しては、受験者が合格後に研修に専念できるよう支援体制（兼務しない等）をととのえた上でご推薦いただきますようお願いいたします。** |

【様式５】

＊

**志　望　理　由　書**

800字以内で記載する。

|  |  |
| --- | --- |
| 志願分野 | **感　染　管　理** |
| フリガナ |  | 性　別 | 　男　・　女 |
| 氏　　名 | 印 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日生 | 　　　　　　　　　　　　歳 |
|  |

【様式６】

＊

**緊　急　連　絡　先**

**◆緊急連絡先**

災害などで入学試験の日程に変更が生じた場合に限り、宮崎県立看護大学看護研究・研修センターより受験生の皆様の携帯メールへ通知いたします。

（注意事項）

1. 携帯メールアドレスが間違っている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。
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。
3. 迷惑メール対策の設定をされている方は、**nintei-ic@mpu.ac.jp**　を受信可能に設定してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 施設名 |  |
| 携帯メールアドレス（楷書で丁寧に記入） | ＠ |
| 携帯電話番号 | **－　　　　　－** |
| 上記以外で連絡のつく電話番号 | TEL：職場　　自宅　　その他（　　　　　　　　　　） |

【様式７】

＊

**連　絡　用　宛　名**

****

****

****

* **受験番号は記入しないで下さい。**

**合格通知書や入学手続き関係書類を郵送する際に使用しますので、あなたの連絡先と氏名を正確に記入してください。必ずボールペンで記入してください。**

＊

**入学検定料振込確認票貼付用紙**

氏名【　　　　　　　　　　　　　　】

　　　入学検定料の振込が確認できる「振込依頼書の本人控え」のコピー又はATM「利用明細書」

コピーの貼付欄

「振込依頼書の本人控え」のコピー

または

ATM「利用明細書」のコピー

　　のコピー（振込伝票等の残高は黒く塗りつぶしてください）を貼付してください。

**出願書類等チェック表**

＊

**提出書類一式を送付前に様式が揃っているか、不備がないかをこのチェック表でご確認のうえ書類をご送付ください。このチェック表の提出は不要です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 様式 | 書類 | チェック内容 | チェック |
| **様式１～７は、別紙の「記入見本」を参考に記入したか。** |  |
| 1 | 入学願書 | ・氏名は自筆で署名となっているか。 |  |
| ・捺印はあるか（シャチハタ等のインク浸透印不可）。 |  |
| 2-1～2-5 | 履歴書・実務研修報告書の経験要約 | ・氏名は自筆で署名となっているか。 |  |
| ・捺印はあるか（シャチハタ等のインク浸透印不可）。 |  |
| ・所属機関名は正式名を記入しているか。現在離職中の場合は「離職中」と明記しているか。 |  |
| ・学歴は高等学校卒業から記入しているか。 |  |
| ・看護師免許取得後の勤務年数が記入されているか（准看護師期間がある方は勤務証明書の勤務年数に含まれていないか）。 |  |
| ・実務研修カウント表を活用して、常勤の雇用期間を記載しているか。・休職期間（育休・産休等）がある場合は、その期間が明記されているか。 |  |
| ・西暦で記入しているか。 |  |
| 3 | 勤務証明書 | ・勤務証明者の捺印はあるか。 |  |
| ・看護師免許取得後の勤務年数が明記されているか（准看護師期間がある方は勤務証明書の勤務年数に含まれていないか）。 |  |
| ・現在勤務している施設で60か月に満たない場合は、過去に勤務していた施設に依頼し、勤務証明書を取得しているか。（※勤務期間の合計が60か月以上になるまで） |  |
| ・休職期間（育休・産休等）がある場合は、その期間が明記されているか。 |  |
| ・訂正の場合は必ず訂正印が押印されているか。 |  |
| 4 | 推薦書 | ・推薦者の氏名は自筆で署名となっているか。 |  |
| ・捺印はあるか（シャチハタ等のインク浸透印不可）。 |  |
| 5 | 志望理由書 | ・氏名は自筆で署名となっているか。 |  |
| ・捺印はあるか（シャチハタ等のインク浸透印不可）。 |  |
| ６ | 緊急連絡先 | ・緊急連絡先を楷書でわかりやすく記入しているか。 |  |
| ７ | 連絡用宛名 | ・楷書でわかりやすくボールペンで記入しているか。 |  |
| ・受験番号欄は記入していないか。 |  |
| ・あなたの連絡先と氏名を正確に記入しているか。 |  |
| その他 | 入学検定料 | ・入学検定料の振込が確認できる「振込依頼書の本人控え」のコピー、又はATM「利用明細書」のコピー（振込伝票等の残高は黒く塗りつぶす）を「入学検定料振込確認票貼付用紙」に貼付しているか。 |  |
| 写真 | ・写真２枚（４㎝×３㎝）を同封しているか。注）写真の裏に氏名と生年月日が記入されているか。　　履歴書の貼付した写真と同じものであるか。 |  |
| 看護師免許証の写し | ・A4サイズに縮小コピーしているか。 |  |
| ・改姓された方：看護師免許証の裏面に登録日が標記されている場合は両面を複写しているか。 |  |
| 返信用封筒 | ・長形３号封筒に404円切手が貼付されているか。 |  |
| ・住所と氏名が明記されているか。 |  |

募集要項に関する問い合わせ先

**宮崎県立看護大学**

**看護研究・研修センター**

〒880-0929

宮崎県宮崎市まなび野3丁目5番地1

TEL：0985-59-7700(代表)

0985-59-7833(直通)

FAX：0985-59-7878

E-mail：nintei-ic@mpu.ac.jp

問い合わせ時間：9：00～17：00