

厚生労働省へ申請中

感染管理認定看護師を対象とした

特定行為研修

令和8年度 募集要項



宮崎県立看護大学
看護研究・研修センター

MPU Nursing Research and Training Center

感染管理認定看護師を対象とした 特定行為研修

宮崎県立看護大学は、令和8年度に感染管理分野の認定看護師を対象とした特定行為研修を実施します。（特定行為研修指定研修機関の申請中：令和7年9月現在）

I. 研修内容

1. 研修受講要件

出願時に、公益社団法人日本看護協会認定看護師制度における感染管理認定看護師の資格を持ち、かつ宮崎県内の医療機関等に従事する者

2. 定員

6名

3. 実施日程（予定）

令和8年	4月上旬	開講式
	4月中旬～10月上旬	eラーニング授業※1
	10月中旬～12月上旬	集合研修※2
令和9年	1月～2月	臨地実習※3
	3月末	修了式

※1 eラーニング授業の期間中は、共通科目、区分別科目「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を受講します。週に1日程度の登校日（オンライン登校可）、さらに演習（実技含む）・実習（観察評価）・筆記試験のための来校日を7回程度（1回あたり1～2日間）予定しています。

※2 区分別科目「感染に係る薬剤投与関連」の講義・演習・実習（観察評価）・筆記試験を集合研修（10日間程度予定）で行います。（場所：宮崎県立看護大学看護研究・研修センター）

※3 臨地実習は、全てのeラーニング・講義・演習（実技含む）・実習（観察評価）・筆記試験の履修後に実施します。臨地実習の期間は1月から2月を予定しています。期間内に必要な症例数を経験します。

令和8年									令和9年		
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
開 講 式	eラーニング・演習・実習・筆記試験					集合研修			臨地実習		修 了 式
・共通科目、区分別科目「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を受講 ・週に1回程度の登校日（オンライン登校可） ・演習（実技含む）・実習（観察評価）・筆記試験のための来校日を7回程度（1回あたり1～2日間）予定						・区分別科目「感染に係る薬剤投与関連」を受講 ・講義・演習・実習（観察評価）・筆記試験のための来校日を10日間程度予定			・原則 自施設実習		

4. 研修場所

e ラーニング授業については働きながら学修することが可能であり、集合研修は宮崎県立看護大学看護研究・研修センターで実施します。臨地実習については、宮崎県立看護大学看護研究・研修センターと連携する協力施設での実施が可能です。但し、研修修了後も各所属施設において特定行為の実践を有効に行っていくためには、安全に活動する施設基盤や指導医による継続した指導が重要であるため、**臨地実習については、所属施設（関連施設含む）で行っていただくことを原則※**としています。

やむを得ず実習施設の確保が困難な方はご相談いただき、本学と連携している協力施設での臨地実習を検討しますが、協力施設毎に受け入れ人数や実習時期に制限があるため、臨地実習施設や実習時期などについては希望に沿うことができない場合があります。

※ 所属施設で臨地実習を行う際には、宮崎県立看護大学看護研究・研修センターの協力施設として、あらたに本学より九州厚生局に協力施設の申請を行います。申請にあたり連携協力体制（指導者、医療安全管理体制、緊急時対応、患者への同意説明体制、当該症例数など）に関する情報をご提出いただきます。協力施設申請にあたっての情報のご提出は、令和8年3月中旬頃を予定しています。（令和8年2月に説明会を実施予定）

5. 研修内容

1) 共通科目

共通科目の講義・演習 259 時間のうち 236 時間を e ラーニング（遠隔授業）で実施します。それ以外の講義・演習（実技含む）・実習（観察評価）・筆記試験は集合研修で実施します。

科目名	時間数	教育方法	学習形態
臨床病態生理学	30	講義・演習	e ラーニング
臨床推論	46	講義・演習	e ラーニング
		演習・実習	集合研修
フィジカルアセスメント	46	講義・演習	e ラーニング
		演習・実習	集合研修
臨床薬理学	47	講義・演習	e ラーニング
疾病・臨床病態概論	42	講義・演習	e ラーニング
医療安全学 特定行為実践	48	講義・演習	e ラーニング
		演習・実習	集合研修
計	259		

2) 特定行為研修区分別科目

区分別科目の講義・演習 47 時間のうち 18 時間を e ラーニング（遠隔授業）で実施します。それ以外の講義・演習・実習（観察評価）・筆記試験は集合研修で実施します。

科目名	時間数	教育方法	学習形態
栄養及び水分管理に係る 薬剤投与関連	18	講義・演習	e ラーニング
	10 症例（臨地実習で 1 行為 5 症例の経験）		
感染に係る薬剤投与関連	29	講義・演習・実習	集合研修
	5 症例（臨地実習で 5 症例の経験）		

Ⅱ 受講申請手続き

1. 受講申請方法

申請書類一式を、指定の郵便方法で受付期間内に提出してください。

1) レターパックプラス（赤 600 円）を使用してください。

「品名」欄に、『特定行為研修受講申請書類』と書いてください。

2) 提出先

〒880-0929 宮崎県宮崎市まなび野3丁目5番1

宮崎県立看護大学看護研究・研修センター

特定行為研修 担当者

3) 受付期間

令和7年11月10日（月）～11月28日（金） 消印有効

2. 受講申請書類の入手方法

宮崎県立看護大学ホームページより出願書類をダウンロードしてください。

<https://www.mpu.ac.jp/>

・申請書類に記載する氏名は、戸籍上の氏名を用いてください。

受講申請書類一式

(1) 受講申請書（様式第1号）

(2) 履 歴 書（様式第2号）

(3) 推 薦 書（様式第3号）

(4) 志望理由書（様式第4号）

(5) 実習施設情報（様式第5号）

(6) 看護師免許証（写し）A4サイズに縮小したもの

(7) 認定看護師認定証（写し）※有効期限内のもの

Ⅲ 受講決定について

1. 受講決定方法

・受付期間内に提出された、不備のない受講申請書類を受け付けます。

・特定行為研修管理委員会において、書類選考により決定します。

2. 受講決定通知

受講が決定した方には、令和8年1月中旬頃に「受講決定通知」を送付します。

3. その他

・受講決定後に辞退する場合は、速やかにご連絡ください。

・所属施設（関連施設含む）で臨地実習を行う申請を行った後は、宮崎県立看護大学看護研究・研修センターと連携する協力施設での臨地実習は原則認めておりません。

IV 受講料の支払い

1. 受講料

509,000円(予定)

受講科目		受講料(円)
1) 共通科目		402,000
2) 特定行為研修区分別科目	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	50,000
	感染に係る薬剤投与関連	57,000

*消費税込価格

2. 注意事項

- 1) 受講料のお支払いやその他の詳細は、受講決定通知時にお知らせします。
- 2) 受講料のお支払いは一括のみとします。
- 3) 通学、臨地実習のための宿泊・交通費・パソコン等の機器・通信費・書籍等の教材費、その他学習に必要な費用は自己負担となります。
- 4) 受講料の支払い時期は令和8年4月を予定しています。詳細は受講決定通知の同封文書でお知らせします。

V 研修費用の補助制度

本研修は、以下の制度が利用できます。手続き等の詳細は、各ホームページを参照してください。

◇公益社団法人日本看護協会 認定看護師教育課程奨学金(貸与型/無利子)

詳しくは、

https://www.nurse.or.jp/nursing/scholarship_subsidy/scholarship/scholarship_nintei/index.html をご覧ください。

◇宮崎県の補助金

特定行為研修派遣支援事業費補助金について

看護師の特定行為研修に職員を派遣する医療機関等に対して、派遣する費用の一部を補助するものです。

詳しくは、

<https://www.pref.miyazaki.lg.jp/iryoseisaku/kurashi/iryo/kango/20231215164355.html> をご覧ください。

VI 関係個人情報の取り扱い

1. 個人情報の利用

受講手続きにより当センター事務局が保有することとなった個人情報は、次の目的に利用します。

1) 受講に関すること

受講手続・入学許可、開講式の実施、各種ガイダンスの実施、受講生カードの作成

2) 修学に関すること

学籍・履修・成績の処理、修学指導、各種ガイダンスの実施、授業の実施、図書館の利用登録、学内情報システムの利用登録、授業料の収納、各種証明書発行

3) 福利厚生に関すること

奨学金の推薦・選考、健康管理・保健指導、生活指導、保険事務、駐車場・ロッカーの利用

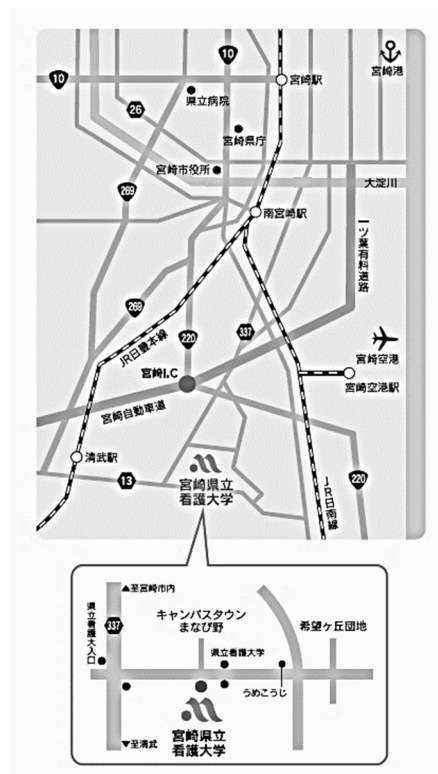
2. 第三者への提供

入学により当センター事務局が保有することとなった個人情報の第三者への提供は次の場合に限ることとし、提供する情報は必要最小限のものとします。

1) 奨学団体、実習施設との調整が必要な場合

2) 生命保護等のため緊急に必要な場合

XII 交通アクセス



路線バス（宮交バス）

次のような宮崎交通バスの路線が利用できます。

【始発・経由等】	【行先】	【降車バス停】
○西都・高鍋・井上発	看護大学	→ 県立看護大学
○宮崎駅発（まなび野経由）	宮崎大学	→ 県立看護大学
○宮崎駅発（まなび野経由）	大学病院	→ 県立看護大学

宮崎県立看護大学看護研究・研修センター

令和8年度 特定行為研修 受講申請書類一式

様式第1号	受講申請書
様式第2号	履歴書
様式第3号	推薦書
様式第4号	志望理由書
様式第5号	実習施設情報
その他	看護師免許証（写し） <u>A4サイズに縮小したもの</u>
	認定看護師認定証（写し） <u>*有効期限内のもの</u>

申請書類の記入にあたって

1. 注意事項

- 記入見本を参考に過不足なく記入してください。記入不十分の場合は、受理できないため注意してください。
- 自署以外は、パソコンでの入力が可能です。フリクションペン、鉛筆等の消える筆記用具の使用は無効となります。
- 年号はすべて和暦表記にしてください。

2. 記入方法

申請書類	様式	記入方法と注意事項
1) 受講申請書	1	・ 氏名は自署で記入し、必ず <u>押印</u> をしてください。
2) 履歴書	2	・ 書類作成日を記入してください。 ・ 戸籍上の氏名を記入してください。 ・ 所属機関は正式名称を記入してください。(例 ○○法人 △△病院) ・ 病床数は所属病院の許可病床数を記入してください。 ・ 設置主体は下記から選択し、その番号を記入してください。 ①国（厚生労働省、その他） ②国公立大学法人 ③独立行政法人国立病院機構 ④独立行政法人労働者健康福祉機構 ⑤都道府県・市町村（地方自治体） ⑥日本赤十字社 ⑦済生会 ⑧厚生連 ⑨国民健康保険団体連合会 ⑩社会保険関係団体 ⑪公益法人 ⑫医療法人 ⑬学校法人 ⑭その他の法人 ⑮会社 ⑯個人 ⑰その他 ・ 学歴は、大学院の在学中あるいは修了している場合のみ、大学院名、学科・専攻を含め正式名称を記入してください。 ・ 認定看護師教育機関名および修了年月を記入してください。 ・ 訂正する場合は、二重線を引き、訂正印を押してください。
3) 推薦書	3	・ 受講者を推薦する理由を記載してください。 ・ 推薦者は病院長や所長などの施設管理者とします。 ・ 推薦者の <u>押印</u> をしてください。
4) 志望理由書	4	・ 氏名は自署で記入し、必ず <u>押印</u> をしてください。
5) 実習施設情報	5	1. 実習を行う予定の施設リスト 実習を行う施設名称（所属施設または実習協力が可能な他施設）を記入してください。 2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報 受講するすべての科目についての施設情報を記入してください。 1) 実習を行う施設の番号を記入してください。 実習施設が確保できない区分別科目は、④と記入してください。 2) 各特定行為について、直近2か月間で特定行為の対象となる患者が5例以上いる場合は○をつけてください。 3) 受講申請時点で、指導者*がいる場合、又は指導者が確保できる見込みの場合は○をつけてください。 *指導者とは、臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師のことを言います。

(様式第1号)

受講申請書

宮崎県立看護大学 学長 殿

私は、宮崎県立看護大学看護研究・研修センター 特定行為研修を受講したいので
関係書類を添えて申請します。

記

科目名／区分別科目名
1. 共通科目
2. 区分別科目：栄養および水分管理に係る薬剤投与関連 特定行為：脱水症状に対する輸液による補正 特定行為：持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
3. 区分別科目：感染に係る薬剤投与関連

令和 年 月 日

感染管理 分野認定看護師

フリガナ

氏名（自署）

印

昭和・平成 年 月 日 生

現住所 〒

TEL

(様式第2号)

履 歴 書

令和 年 月 日現在

正面上半身
(40×30mm)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を
記入

フリガナ		男 女
氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ			TEL
現住所	〒		携帯 TEL E-mail
フリガナ			施設概要
所属施設名	*正式名称を記入すること		【病床数】 床 【看護体制】
設置主体	() *「申請書類の記入にあたって」2. 記入方法 2) 履歴書の該当番号を記入		
所属施設 住 所	〒		TEL 所属部署もしくは内線番号 () FAX
免許取得年月日	看護師	昭和・平成・令和 年 月 日	号
	保健師	昭和・平成・令和 年 月 日	号
	助産師	昭和・平成・令和 年 月 日	号
認定看護師資格分野名 _____分野	認定看護師資格取得年 平成・令和 年 月 日		認定登録番号 号
専門看護師資格分野名 _____分野	平成・令和 年 月 日		認定登録番号 号
学 歴			
大学院 (修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける)			
昭和・平成・令和 年 月 修了 / 在学中			
認定看護師教育 (修了月と機関名を下記に記入)			
平成・令和 年 月 修了			

(様式第3号)

推 薦 書

受講者氏名

この度、宮崎県立看護大学看護研究・研修センター特定行為研修を受講させていただきたく、
氏を推薦いたします。

推薦理由

施 設 名

推薦者職位

推薦者氏名

印

(代表者は病院長や所長などの施設管理者)

(様式第 4 号)

志 望 理 由 書

800 字以内で記載する。

フリガナ		
氏 名	(自署) 印	

(様式第5号)

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

※研修修了後も各所属施設において特定行為の実践を有効に行っていくためには、安全に活動する施設基盤や指導医による継続した指導が重要と考え、
臨地実習については、所属施設（関連施設含む）で行って頂くことを原則としております

		施 設 名 称
所属施設	①	
実習協力が可能な他施設	②	
	③	
実習施設が確保できない	④	

2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

区分別科目の名称	実習を行う施設 (※上記リストから番号を 記入する)	2か月間で対象となる 症例が5例以上ある場合 ○を記入	指導者*がいる場合 ○を記入
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
感染に係る薬剤投与関連			

*指導者とは、臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師のこと

記入本

宮崎県立看護大学看護研究・研修センター

令和8年度 特定行為研修 受講申請書類一式

様式第1号	受講申請書
様式第2号	履歴書
様式第3号	推薦書
様式第4号	志望理由書
様式第5号	実習施設情報
その他	看護師免許証（写し） <u>A4 サイズに縮小したもの</u>
	認定看護師認定証（写し） <u>*有効期限内のもの</u>

※書類に不備がある場合は、受理できないこともあるため注意してください

(様式第1号)

受講申請書

宮崎県立看護大学 学長 殿

私は、宮崎県立看護大学看護研究・研修センター 特定行為研修を受講したいので
関係書類を添えて申請します。

記

科目名／区分別科目名
1. 共通科目
2. 区分別科目：栄養および水分管理に係る薬剤投与関連 特定行為：脱水症状に対する輸液による補正 特定行為：持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
3. 区分別科目：感染に係る薬剤投与関連

令和 7 年 〇月 〇〇日

感染管理 分野認定看護師

フリガナ

氏名（自署）

ミヤザキ
宮崎

ミルコ
看子

印

昭和・平成

〇年 〇月 〇日

生

現住所

〒880-0929

宮崎県宮崎市まなび野3丁目5番1号

TEL

0985-59-7833

(様式第2号)

履 歴 書

令和 年 月 日現在

正面上半身
(40×30mm)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を
記入

フリガナ	ミヤザキ ミルコ	男 ☒ 女
氏 名	宮崎 看子	
生年月日	☒ 昭和・平成 ☐ 年 ☒ 月 ☐ 日生 (満〇歳)	

フリガナ	ミヤザキケンミヤザキシ〇〇マチ		TEL 0985-**-****
現住所	〒880-0929 宮崎県宮崎市〇〇町〇〇1-2-3		携帯電話 ***-****-**** E-mail nintei-ic@mpu.ac.jp
フリガナ	イリヨウハウジン***カイ マルマルソウゴウビョウイン		施設概要 【病床数】 400 床 【看護体制】 7 対 1
所属施設名	医療法人***会 〇〇総合病院 *正式名称を記入すること		
設置主体	(⑫) *「申請書類の記入にあたって」2. 記入方法 2) 履歴書の該当番号を記入		
所属施設 住 所	〒880-0929 宮崎県宮崎市まなび野3丁目5番1号		TEL 0985-59-7833 所属部署もしくは内線番号 () FAX 0985-59-7878
免許取得年月日	看護師	☒ 昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇日	*****号
	保健師	昭和・平成・令和 年 月 日	号
	助産師	昭和・平成・令和 年 月 日	号
認定看護師資格分野名 _____ <u>感染管理</u> ____分野	認定看護師資格取得年 ☒ 平成・令和 〇年 〇月 〇日		認定登録番号 *****号
専門看護師資格分野名 _____ <u> </u> ____分野	専門看護師資格取得年 平成・令和 年 月 日		認定登録番号 号
学 歴			
大学院（修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける）			
昭和・平成・令和 年 月修了／在学中			
認定看護師教育（修了月と機関名を下記に記入）			
☒ 平成・令和 XX年 〇 月 修了 宮崎県立看護大学看護研究・研修センター			

(様式第3号)

推 薦 書

受講者氏名 宮崎 看子

この度、宮崎県立看護大学看護研究・研修センター特定行為研修を受講させていただきたく、
氏を推薦いたします。

推薦理由

施 設 名 医療法人***会 ○○総合病院

推薦者職位 院長

推薦者氏名 寛吾 千太

印

(代表者は病院長や所長などの施設管理者)

(様式第4号)

志 望 理 由 書

800 字以内で記載する。

フリガナ	ミヤザキ ミルコ	
氏 名	(自署) 宮崎 看子 印	

(様式第5号)

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

※研修修了後も各所属施設において特定行為の実践を有効に行っていくためには、安全に活動する施設基盤や指導医による継続した指導が重要と考え、
臨地実習については、所属施設（関連施設含む）で行って頂くことを原則としております

		施 設 名 称
所属施設	①	医療法人***会 ○○総合病院
実習協力が可能な他施設	②	医療法人***会 ○○□□総合病院
	③	
実習施設が確保できない	④	

2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

区分別科目の名称	実習を行う施設 (※上記リストから番号を 記入する)	2か月間で対象となる 症例が5例以上ある場合 ○を記入	指導者*がいる場合 ○を記入
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	①	○	○
感染に係る薬剤投与関連	②	○	○

*指導者とは、臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師のこと

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