

宮崎県立看護大学看護研究・研修センター

2027年度 感染管理認定看護師教育課程

(B 課程認定看護師教育機関：特定行為研修を組み込んでいる教育課程)

出 願 書 類

# 記入見本

- |      |                     |          |
|------|---------------------|----------|
| (1)  | 入学願書                | 【様式第1号】  |
| (2)  | 履歴書                 | 【様式第2号】  |
| (3)  | 職歴・感染管理分野実務研修歴      | 【様式第3号】  |
| (4)  | 実務研修カウント表           | 【様式第4号】  |
| (5)  | 感染管理分野における実務経験施設概要  | 【様式第5号】  |
| (6)  | ケア改善実績実例要約          | 【様式第6号】  |
| (7)  | 学会及び研究会、発表会等の業績について | 【様式第7号】  |
|      | (感染管理に関するもの)        |          |
| (8)  | 勤務証明書               | 【様式第8号】  |
| (9)  | 推薦書                 | 【様式第9号】  |
| (10) | 志望理由書               | 【様式第10号】 |
| (11) | 緊急連絡先               | 【様式第11号】 |
| (12) | 連絡用宛名               | 【様式第12号】 |

出願書類の記入時の注意事項

※ 「MS明朝」で入力してください。

様式	記入時の注意事項
第1号 ～ 第12号	<p>① 記入については記入見本を参照してください。 記入例：黒・太字      注意事項：青・太字</p> <p>② 記入不十分の場合は、書類を受理できない場合がありますので、過不足なく記入してください。自筆以外は、パソコンでの入力が可能です。 訂正する場合は、二重線および訂正印を使用してください。</p> <p>③ 複数枚必要なもの以外は、枚数の超過は不可です。指定されている枠内に収まるように入力してください。また、様式の変更も不可です。</p> <p>④ 年号はすべて西暦表記としてください。</p> <p>⑤ 各様式の <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">*      </span> は記載不要です。</p>
第3号	<p><b>【職歴・感染管理分野実務研修歴】</b></p> <p>① 看護実践の職歴のみを記入してください。<u>教育職歴は含みません。</u></p> <p>② 所属施設名：正式名称を記入してください。</p> <p>③ 所属部署名：診療科がわかるように記入してください。 (例) ○消化器内科病棟      ×5階南病棟</p> <p>④ 職位：職位に変更があった場合は、新たな欄に記入してください。</p> <p>⑤ 欄が不足する場合は、コピーして使用してください。</p>
第4号	<p><b>【実務研修カウント表】</b></p> <p>① 常勤の職歴をカウントする時に使用してください。</p> <p>② 休職期間がある場合は表示してください。</p>
第8号	<p><b>【勤務証明書】</b></p> <p>① 看護師として60か月以上勤務していることを証明するものです。</p> <p>② 准看護師期間は含まれません。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ください。 その際は、書式をコピーして使用してください。</p>
写真	<p>① 写真は、同じ写真を3枚準備してください。写真は、正面无帽上半身で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ください。</p> <p>② 1枚ははがれないように全面のり付けして履歴書(様式第2号)に貼付してください。2枚は、受験票と写真票の貼付用として使用しますので提出してください。</p>
送付方法	<p>レターパックプラス(赤600円)を使用してください。 レターパックプラスの「品名」の欄には『出願書類一式』と記入してください。 普通郵便・メール便での送付は不可です。</p>

\*

【様式第1号】

# 入学願書

宮崎県立看護大学 長鶴 美佐子 殿

私は、公立大学法人宮崎県立看護大学看護研究・研修センター認定看護師教育課程（特定行為研修を組み込んでいる教育課程）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

(〒 - )

※都道府県から記入のこと

TEL ( ) -

フリガナ

ミヤザキ カンコ

氏名


(自署)

※自筆で署名のこと

宮崎 看子 

(西暦 年 月 日生)

## 履 歴 書

フリガナ	ミヤザキ カンコ	男・女
氏名 (自署)	宮崎 看子 ※自筆で署名のこと	
生年月日	西暦 1981 年 7 月 1 日生 (満 45 歳)	

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	ミヤザキケンミヤザキシ マナビノ	TEL/FAX
現住所	〒880-0929 宮崎県宮崎市まなび野 3 丁目 5 番地 1 ※都道府県から記入のこと	TEL (0985) 59-7833 FAX (0985) 59-7878
フリガナ		
所属機関名 病床数	※正式名称を記入する (法人名がある場合は法人名から記載すること) ※現時点で離職中の場合は、「離職中」と記入する 病床数 ( 400 ) 床	
フリガナ	TEL/FAX	
所属機関住所	〒 ※都道府県から記入のこと	TEL ( ) - FAX ( ) -
免許取得年月日 免許番号	(看護師) 西暦 2004 年 4 月 15 日 ※免許証は和暦記載のため確認して記入すること	1111KKKKK 号
学歴 (高等学校卒業から記入)		
西暦 2000 年 3 月	〇〇県立〇〇高等学校 卒業	
2000 年 4 月	〇〇大学 〇〇部看護科 入学	
2004 年 3 月	同 卒業	
年 月	※職歴は記入しないこと	
年 月		
年 月		

## 職歴・感染管理分野実務研修歴

職歴 ※ 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【実務研修カウント表】を活用して記入してください。

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
2004年4月～2011年4月	84か月	常勤 非常勤	時間	〇〇大学附属病院 ※正式名称で記入する	循環器内科	スタッフ
2011年4月～2011年7月	か月	常勤 非常勤	480時間	▽▽市立□□病院 ※非常勤の場合は、雇用総時間を記入する	呼吸器内科	スタッフ
2011年8月～2017年3月	68か月	常勤 非常勤	時間	▽▽市立□□病院	呼吸器内科	スタッフ
2017年4月～2022年9月	66か月	常勤 非常勤	時間	▽▽市立□□病院	集中治療部	副看護師長
2022年10月～2025年3月	30か月	常勤 非常勤	時間	▽▽市立□□病院	呼吸器内科	副看護師長
2025年4月～2026年8月	17か月	常勤 非常勤	時間	▽▽市立□□病院 ※同部署で職位が変わった場合も記入する	呼吸器内科	看護師長
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	265 か月		480 時間	※必ず、雇用総期間・雇用総時間の合計を記入する。		

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
2009年4月～2011年3月	24か月	常勤 非常勤	時間	〇〇大学附属病院	循環器内科	リンクナース
2018年4月～2022年9月	54か月	常勤 非常勤	時間	▽▽市立□□病院	集中治療部	看護部感染 対策委員会 ICTメンバー
2022年10月～2025年3月	30か月	常勤 非常勤	時間	▽▽市立□□病院	呼吸器内科	看護部感染 対策委員会 ICTメンバー
2025年4月～2026年8月	17か月	常勤 非常勤	時間	▽▽市立□□病院	呼吸器内科	看護部感染 対策委員会 ICTメンバー
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	125 か月		時間	※必ず、経験総期間・経験総時間の合計を記入する。		

## 実務研修カウント表

〈記入方法〉

1) 看護職職歴：マーカーで記入（勤務した病院が複数ある場合は、色を区別し記入） 丸数字を記入後に病院の正式名称を記入する。看護職歴月数欄には丸数字と勤務月数を記入する。1年間に複数の病院に常勤で勤務した場合は、記入例の①と②のように看護職歴月数記入欄に並列記入する。

2) 感染管理分野歴：矢印 ➡ を記入

\*

西暦	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	看護職 職歴月数 記入	看護職 職歴月数 記入	感染管理 分野月数 記入	
2001																
2002																
2003																
2004				①〇〇大学附属病院									① 9			
2005													12			
2006													12			
2007													12			
2008													12			
2009				➡									12		9	
2010	➡												12		12	
2011				②▽▽市立□□病院（非常勤）			②▽▽市立□□病院						3	② 5	3	
2012														12		
2013														12		
2014														12		
2015														12		
2016														12		
2017														12		
2018				➡										12	9	
2019	➡													12	12	
2020	➡													12	12	
2021	➡													12	12	
2022	➡													12	12	
2023	➡													12	12	
2024	➡													12	12	
2025	➡													12	12	
2026	➡														8	8

【看護職歴合計】 病院毎の合計を記入

〇〇大学附属病院病院	84 か月
<hr/>	
▽▽市立□□病院病院	181 か月
<hr/>	
病院	か月
<hr/>	
病院	か月
<hr/>	
病院	か月

【感染管理分野歴合計】 病院毎の合計を記入

〇〇大学附属病院病院	24か月
<hr/>	
▽▽市立□□病院病院	101か月
<hr/>	
病院	か月
<hr/>	
病院	か月
<hr/>	
病院	か月

## 感染管理分野における実務経験施設概要

<p>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入する。                  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（△△市立□□病院 <b>※複数の施設の実務研修がある場合はコピーをして使用する</b>）</p>	
<p>施設で実施している サーベイランスの種類</p> <p>実施しているものに<input checked="" type="checkbox"/>チェック する</p> <p><b>※施設長の許可を得て実施・記録 しているものを記入してくだ さい。</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 血管内留置カテーテル関連血流感染  <input checked="" type="checkbox"/> 膀胱内留置カテーテル関連尿路感染  <input type="checkbox"/> 人工呼吸器関連肺炎  <input type="checkbox"/> 手術部位感染  <input type="checkbox"/> 手指衛生サーベイランス（速乾性手指消毒剤使用量等）                  その他（種類を記載）  <input checked="" type="checkbox"/> 耐性菌サーベイランス  <input checked="" type="checkbox"/> 針刺し・切傷・粘膜曝露サーベイランス  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/></p>
<p>感染管理コンサルテーション ・担当部署 ・主な相談内容</p> <p><b>※施設長の許可を得て実施・記録 しているものを記入してくだ さい。</b></p>	<p>年間相談件数 （ 不明 ） 件                  担当部署名 （ 感染対策委員会 ）                  主な内容                  ・ 結核発生時の対応                  ・ 感染性胃腸炎発生時の対応                  ・                  ・</p>
<p>診療報酬「感染対策向上加算」等 の申請の状況</p> <p>該当する箇所に<input checked="" type="checkbox"/>チェック する</p> <p>※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 議の年間回数を記入する。</p>	<p><input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 1  <input checked="" type="checkbox"/> 感染対策向上加算 2  <input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 3  <input type="checkbox"/> 外来感染対策向上加算  <input type="checkbox"/> 高齢者施設等感染対策向上加算 （ I ・ II ）  <input type="checkbox"/> 障害者施設等感染対策向上加算 （ I ・ II ）  <input type="checkbox"/> その他 （ )  <b>※チェック<input checked="" type="checkbox"/>し、回数を記入する</b>                  感染管理に関する委員会やチーム等の配置  <input checked="" type="checkbox"/> 感染対策ラウンド 年間回数 （ 24 ） 回  <input checked="" type="checkbox"/> 感染管理に関する会議 年間回数 （ 12 ） 回                  その他  <input type="checkbox"/> 年間回数 （ ) 回  <input type="checkbox"/> 年間回数 （ ) 回</p>
<p>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</p> <p>該当する箇所に<input checked="" type="checkbox"/>チェック する</p>	<p><input type="checkbox"/> 感染管理認定看護師 A 課程修了者 （ 0 ） 名                  B 課程修了者 （ 0 ） 名  <input type="checkbox"/> 感染症看護専門看護師 （ 0 ） 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 （ 感染対策委員会の委員長である看護師長 ）                  感染管理経験年数 （ 10 ） 年 ・ 年以上</p>



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
①2025年5月	〇〇感染学会	「 に関する取り組み」	口演	宮崎看子 ○看◆郎
②2023年3月	〇〇感染学会	「 」	ポスター	宮崎 看子 ◇○ 護子 ○崎 まなぶ ほか
<p>※西暦で新しい方から①②と記入してください</p>				
<p>※ 業績がない場合は「なし」と記入し提出してください。</p>				
<p>※複数の場合は自身を含めて3名まで記入してください。 4名以上は「ほか」と記入する。</p>				

【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。
- 通算3年以上、感染管理に関わる活動実績（感染対策委員会、ICT、リンクナース会等）を有すること。
- 感染予防・管理等において自身が実施したケア等の改善実績を1事例以上有すること。
- 医療関連感染サーベイランス実施における一連の流れを理解していることが望ましい。
- 現在、医療施設等において、専任または兼任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。

# 勤務証明書

氏名 宮崎 看子

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 2026年9月1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 2011年 8月～	西暦 2026年 8月	0年 0か月	15年 1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 2011年 4月～	西暦 2011年 7月	0年 0か月	<u>1日 6 時間で</u> <u>週 5 日勤務</u>

※ 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： \_\_\_\_\_

職位： \_\_\_\_\_

※ 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： \_\_\_\_\_

施設所在地： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

※休職期間がない場合は、「0」と記入されているか確認してください。

勤務期間から休職期間をマイナスした期間が通算勤務期間と一致しているか確認してください。

# 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）： ※自筆で署名のこと 印

所属機関： 職位：

住所：〒

電話：

※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）を整えた上でご推薦いただきますようお願いいたします。

# 志 望 理 由 書

800 字以内で記載する。

分 野	感 染 管 理		
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名	※自筆で署名のこと 印		
生年月日	西暦 年 月 日生	歳	

- 志望理由の記入例はありません。  
具体的に書いてください。  
A4 サイズ 1 枚までとします。枚数の超過は不可。

## 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記入してください。
- 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記入してください。
- 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	ミヤザキ カンコ
氏名	宮崎 看子
施設名	
携帯メールアドレス (楷書で丁寧に記入)	*○*△◆@mpu.ac.jp
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 ( )

アドレスの記入に際しての注意事項：以下の数字・英字を記入の際は特にお気を付けてください。

0 (数字ゼロ) と o (英字オー)、 - (ハイフン) と \_ (アンダーバー)

9 (数字九) と q (英小文字 Q) と g (英小文字 G)

1 (数字一) と Ii (英大文字・小文字アイ) と l (英小文字 L)

間違い易い文字にはフリガナをふってください。

Love\_00.qq1.....@.....  
 エル アンダーバー ゼロ 英小文字 Q 数字 1

## 連絡用宛名

8	8	0	0	9	2	9
(住所) 宮崎県宮崎市まなび野3丁目5番地1						
-----						
-----						
(氏名) 宮崎 看子 様						受験番号
-----						※

- ※ あなたの連絡先と氏名を正確に記入してください。
- ※ 楷書でわかりやすくボールペンで記入してください。
- ※ 受験番号欄は記入しないでください。
- ※ 3か所すべてに記入してください。

-----						
-----						
(氏名) 様						受験番号
-----						※

□	□	□	□	□	□	□
(住所)						
-----						
-----						
(氏名) 様						受験番号
-----						※

- ※ 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。