（様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

入　学　願　書

川崎医療福祉大学

　学長　　椿原　彰夫　殿

私は、川崎医療福祉大学看護実践・キャリアサポートセンター認定看護師教育課程（感染管理分野）へ入学したく、ここに関係書類を添えて申請します。

令和　　　　　年　　　月　　　日

（自署）

（和暦）　　　　　年　　　月　　　日生

現住所　　〒

電話

(様式２-１)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

写 真 貼 付

（４cm×３cm）

写真裏面に記名

カラー・白黒

いずれも可

**履 　歴 　書**

　　令和 　 年 　 月 　 日　現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 男・女 |
| 氏　名 |  | | ㊞ |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（満　　　　歳） | | |
| ふりがな |  | | | | 携帯電話番号 ( ） －  メールアドレスPC用)  　　　　　@ | |
| 現住所 | 〒  　自宅電話番号（　　　　）　　　－ | | | |
| ふりがな |  | | | | 【病床数】  床 | |
| 所　属  機関名 |  | | | |
| 設置主体 | （　　　　　）＊「出願書類（所定様式）の記入にあたって」の中から該当番号を記入 | | | | | |
| 所属機関  住　　所 | 〒 | | | | 電話番号 （ ） －  所属病棟もしくは内線番号 （　　　　　　　　　　　）  FAX番号 （ ） － | |
| 免許取得 年月日 | （保健師） 　 　 年 　 月　　 日  （助産師）　　　　　　年　　 月　　 日  （看護師）　　　　 年　　 月　　 日 | | | | 号  　　　　　　　　　　　号  　　　　　　　　　　　号 | |
| 学　　歴（高校卒業時から記入） | | | | | | |
| 年 　 月 | |  | | | | |
| 年 　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |
| 年　 月 | |  | | | | |

(様式２-２)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　歴（看護師免許取得以降、所属機関名・所属部署名・職位を明記） | |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 看護の実務経験期間(通算) | か月間（ 年 か月）　＊令和６年８月31日現在 |
| 上記中における専門分野の実務経験（所属機関名・所属部署名・職位を明記） | |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年　 月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年 　月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 年　 月　～　　年 　 月 （　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 専門分野での実務経験期間(通算) | か月間（ 　　年 　 か月）　＊令和６年８月31日現在 |

（様式２-３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

|  |  |
| --- | --- |
| ・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） | 有　　　　　　無 |
| ・感染予防・管理において自身が実施したケア等の改善実績  　1事例以上 | 有　　　　　　無 |
| 取得している資格と資格取得年 | |
| 学会及び研究発表等の実績 | |
| 志望理由 | |

（様式３-１**感染管理**）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

施　設　概　要

現在勤務している施設の概要を記載してください。

※　直近１年間の実績、人数、件数等を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 概要 |
| ２ | 施設で実施している年間のサーベイランスの種類、コンサルテーションの事例数 | サーベイランスの種類（該当する番号に○、その他は  具体的に記載）  1.CRBSI　 2.CAUTI　 3.VAP　 4.SSI　 5.手指衛生  6.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  感染管理に関するコンサルテーション事例　（　　　）件  抗菌薬に関するコンサルテーション事例　（　　　）件 |
| ３ | 施設基準の届出  感染対策向上加算の算定の有無  指導強化加算の算定の有無  連携強化加算の算定の有無  サーベイランス強化加算の算定の有無 | 有　（　1・　　2・　　3　）　　　無　※  有　　　無  有　　　無  有　　　無 |
| ４ | 感染制御チーム（ICT）について  「有」の場合のみ、ICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する。 | 1. ICT：　　有　・　無   ミーティング：　　　　回/年  ラウンド：　　回/年 |
| ５ | 専門医または認定医の有無 | 感染症専門医：　（　　　　）人　・　無   1. ICD認定医：　（　　　　）人　・　無 |
| ６ | 感染管理に関連する分野の認定看護師及び専門看護師の人数 | 1. 感染管理看護認定看護師　： 2. A課程（　　　）人　・　B課程（　　　）人　　・　無 3. 感染症看護専門看護師　：　（　　　）　人　・　無 |
| ７ | 感染制御チーム（ICT）におけるメンバー数 | 1. 医師：専従（　）人　専任（　）人　・　無 2. 看護師：専従（　　）人　専任（　）人　・　無 3. 薬剤師：専従（　　）人　専任（　）人　・　無 4. 臨床検査技師：専従（　　）人　専任（　）人　・　無   その他（　　　　　　　　）：専従（　　）人　専任（　）人　・　☐無  リンクナース：　（　　　　）人・　無 |
| ８ | 特定行為研修修了者の有無 | 有　　　　　　　　　　　　無 |
| ９ | 特定行為研修　自施設実習 | ☐　可　　　　　　　　　　　☐　不可 |

【感染症領域の専門医・認定医　例】

・日本感染症学会認定専門医　　・抗菌化学療法認定指導医　　・日本小児感染症学会指導医

・ICD　　　　　　　　　等

（様式３-２**感染管理**）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

感染管理活動報告書

氏名：

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1事例を記載してください。

|  |
| --- |
| 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○、その他は具体的に記載）  1. 血流感染予防・管理　　　　　　　　　　　2．尿路感染予防・管理  3. 肺炎予防・管理　　　　　　　　　　　　 4．手術部位感染予防・管理  5. 手指衛生　　　　　　　　　　　　　　　 6．洗浄・消毒・滅菌  7. 環境整備　　　　　　　　　　　　　　　 8．職業感染予防  9. 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のサーベイランスデータ等に基づき記載 |
| 改善のための計画 |
| 結果 |

※個人や施設が特定できないよう、記号を用いるなど配慮すること。

（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

勤務証明書

記入日　 　令和　　　　年 　　　月　　 　日

申請者氏名：

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もしくはしたことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務期間 | 勤務期間 | | 休業・休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （和暦） 　　　　 年　　　月～ | （和暦） 　　　　 年　　　月 | 年　　　　か月 | 年　　　　か月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間 | | 休業・休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （和暦） 　　　　 年　　　月～ | （和暦） 　　　　 年　　　月 | 年　　　　か月 | 年　　　　か月 |
| 合計通算年数 | | | | 年　　　　か月 |

・所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名 ：

職位名及び氏名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

機関（施設）所在地 ：

機関電話番号 ：

＊人事課（病院長名）の方がご記入下さい。

（様式５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

推薦書

令和　　　　年 　　　月　　 　日

申請者氏名：

上記の者は、認定看護師教育課程（感染管理分野）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】（被推薦者の看護実践能力及び認定看護師教育課程修了後の配置予定や期待される役割等を具

体的にご記入ください。）

推薦者氏名（自署） ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

機関（施設）名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　職位（名） ：

機関（施設）所在地 ：

機関電話番号 ：

＊看護部長の職位の方がご記入下さい。

（様式６）

写真票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分野 | 感染管理分野 | |
| ※受験番号 |  | |
| ふりがな |  | 男  ・  女 |
| 氏名 |  |

|  |
| --- |
| 写 真 貼 付  （４cm×３cm）  写真裏面に記名  カラー・白黒  いずれも可 |

川崎医療福祉大学 看護実践・キャリアサポートセンター

（様式７）

特定行為研修履修免除願

川崎医療福祉大学

看護実践・キャリアサポートセンター

センター長　山田　佐登美　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　（自筆）

　下記の共通科目並びに区分別科目の履修免除について、修了証とシラバスを添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目等 | 教育機関名 | 修了認定日 |
| 共通科目 |  |  |
| 区分名 |  |  |
| 区分名 |  |  |
| 区分名 |  |  |
| 区分名 |  |  |
| 区分名 |  |  |

※修了証（写し）並びにシラバスを添付すること

（参考様式：所属施設等による振込処理で利用明細書等が発行できない場合のみ）

支払証明書

受験者名 ○○　○○

日中の連絡先 ○○○○病院○○課（担当者：○○）

×××-×××-××××（内線×××）

振込金額 入学検定料　50,000円

振込人名義 ○○○○ビョウイン

振込年月日 令和○年○月○日

上記のとおり証明します。

　令和○年○月○日

○○○○病院

院長　○○　○○　印

(様式８)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：

入学試験提出書類確認用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出書類内容 | 様式 | 枚数 | 確認欄 |
| 入学願書 | １ |  | □ |
| 履歴書 | ２ |  | □ |
| 施設概要 | ３-１ |  | □ |
| 事例報告書（１事例） | ３-２ |  | □ |
| 勤務証明書 | ４ |  | □ |
| 推薦書 | ５ |  | □ |
| 写真票 | ６ |  | □ |
| 入学検定料振込通知 |  |  | □ |
| 看護師免許証の写し（Ａ４版縮小コピー） |  |  | □ |
| 郵便はがき |  |  | □ |
| 特定行為研修履修免除願 （該当者のみ）  ※修了証（写し）並びにシラバスを添付 | ７他 |  | □ |
| 入学試験提出確認用紙 | ８ |  | □ |