　 履 歴 書

（令和５年度　高知大学医学部附属病院 認定看護師教育課程　入学用）

（以下西暦で記入）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | 性　別 | 写　真  （縦4cm×横3cm）  1.最近6カ月以内に撮影したもの  2.胸から上  3.裏面に氏名を記入し糊付け |
| 氏　名 | | | | 男・女 |
| 生年月日　　　　　　　年　　月　　日　生　（満　　　歳） | | | |
| 現　住　所 | | 〒（　　　-　　　　）  ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　）または携帯TEL（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 連絡先住所 | | 〒（　　　-　　　　）  ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　）または携帯TEL（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 勤　務　先 | ﾌﾘｶﾞﾅ  施設等名称 |  | | | |
|  | | | |
| 所在地 | 〒（　　　-　　　　）  ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 施設長氏名 |  | | | |
| 受講者の職種 |  | | | |
| 受講者の職位 |  | | | |
| 免　許 | 看護師 | 年　　月　　日　免許取得　　　　　　号 | | | |
| 保健師 | 年　　月　　日　免許取得　　　　　　号 | | | |
| 助産師 | 年　　月　　日　免許取得　　　　　　号 | | | |
| 認定看護師 | （領域名：　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　資格取得　　　　　　号 | | | |
| 専門看護師 | （領域名：　　　　　　　　　　　　　）  年　　月　　日　資格取得　　　　　　号 | | | |
| 学　歴 | 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| ※高等学校以上について記載し、記入欄が足りない場合は行を増やしてください。 | | | | |
| 職　歴 | 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| ※施設名、診療科を記載してください。記入欄が足りない場合は行を増やしてください。 | | | | |
| 資　　　格 | |  | | | |
| 研修受講歴  （5日以上） | |  | | | |
| 学会及び社会に  おける活動  （所属学会） | |  | | | |
| 賞　　　罰 | |  | | | |

※行が不足する場合は、追加して記入してください。

なお、記入された個人情報については、本学の認定看護師教育課程以外には利用しません。

実務研修報告書（感染管理分野）

（令和５年度　高知大学医学部附属病院　認定看護師教育課程　入学用）

受講者氏名

**1.感染管理にかかわる実務研修歴　　（※受講者の経歴**を記載してください。**）**

|  |  |
| --- | --- |
| **感染管理歴（所属施設名、所属部署名、感染管理にかかわる役割）**  ※例：専任感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、ICCメンバー、看護部における感染対策委員、部署における感染対策係、感染管理担当主任、感染管理担当師長など | |
| 年　　月～　　　　年　　月  　　　　　　（　　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  所属部署名：  感染管理に関わる役割： |
| 年　　月～　　　　年　　月  　　　　　　（　　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  所属部署名：  感染管理に関わる役割： |
| 年　　月～　　　　年　　月  　　　　　　（　　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  所属部署名：  感染管理に関わる役割： |
| 感染管理分野歴合計 | ｹ月間（　　年　　ｹ月）　※　　　年　月　日現在 |

**2.現在の所属施設の感染管理の概要**(※該当する箇所を〇で囲んでください。)

|  |  |
| --- | --- |
| 2-1）実施しているサーベイランスの種類 「血管内留置カテーテル関連血流感染」「尿道　  留置カテーテル関連尿路感染」「手術部位感  染」「人工呼吸器関連肺炎」の有無  ※その他有の場合は記載する | 「血管内留置カテーテル関連血流感染」　有　・　無  「尿道留置カテーテル関連尿路感染」　　有　・　無  「手術部位感染」　　 有　・　無  「人工呼吸器関連肺炎」　　　有　・　無  その他「　　　　　　　　　　　　　　」 |
| 2-2）感染管理相談の年間事例数 | 年間　　　　　　　　件 |
| 2-3）「感染対策向上加算」の有無  　　「サーベイランス強化加算」の有無  　　「指導強化または連携強化加算」の有無  ※上記無の場合のみ、ICT配置の有無及びICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する | 「感染対策向上加算（１・ 2 ・ 3）」 有 ・ 無  「サーベイランス強化加算」　　有 ・ 無  「（指導強化）・（連携強化）加算」　 有 ・ 無  ※上記無の場合  ICT配置　　　　　　 有 ・ 無  ICTミーティング/ラウンド 有・無　年間（　　）回 |
| 2-4）当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門看護師の人数とその分野名称  ※上記該当者が無い場合のみ、受講者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。 | 感染管理認定看護師　　　　（　　　）名  感染症看護専門看護師　　　（　　　）名  ※上記該当者が無い場合  職位（　　　　　　）  感染管理経験年数（　　）年 |