別紙様式２―１

※受付番号

履歴書

（　 　　年度　高知大学医学部附属病院　認定看護師教育課程　出願用）

（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（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 選考結果  通知先 | | 〒（　　　-　　　　）  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 |  | | | |
| 出願者の職種 |  | | | |
| 出願者の職位 |  | | | |
| 免　許 | 看護師 | 年　　月　　日　免許取得　　　　　　号　※免許証写を添付 | | | |
| 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：　　　　　　　　　　　　　）　　　　※認定証の写しを添付  年　　月　　日　資格取得　　　　　　号 | | | |
| 専門看護師 | （領域名：　　　　　　　　　　　　　）　　　　※認定証の写しを添付  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。

別紙様式２－２

※受付番号

実務研修報告書（感染管理分野）

（　 　　年度　高知大学医学部附属病院　認定看護師教育課程　出願用）

　　年　　月　　日　現在

志願者氏名

1. **実務研修歴（※受験者の経歴**を記載してください**）**

|  |  |
| --- | --- |
| （西暦で記入）　　　**１－１）全実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、職位）** | |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 年　　月～　　　　年　　月  （　　　　ｹ月間） | 所属施設名：  職位： |
| 実務研修歴合計 | ｹ月間（　　年　　ｹ月）※　　　　年　月　日現在 |
| **１－２）うち感染管理歴（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、病棟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： |
| 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 |

注）合計欄は、１－１）、１－２）**２カ所とも**記載してください。別紙様式２－２

※受付番号

**２．認定看護分野「感染管理」歴における実務研修施設概要**

　施設１：施設名（　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 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」　有　・　無  「サーベイランス強化加算」　有　・　無  「指導強化加算」　　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、当該分野の実務研修において受験申請者自身が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　・　年以上 |

※記入欄が足りない場合は様式２－２を複製して記入してください。

別紙様式２－３

|  |
| --- |
| ※受付番号 |

**実務研修の実績概要**

※感染予防・管理等において受験者自身が実施したケア等の改善実績例を１例以上記載してください。

※複数例記載する場合、様式２－３をコピーして使用してください。

|  |
| --- |
| 改善に取り組んだ期間 |
| 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 改善に取り組んだ場所 |
|  |
| 改善事例の種類（該当する番号に○、□には✓を入れる） |
| 1. 侵襲的医療器具・処置に関連した感染防止技術の改善   （□血流感染防止、□尿路感染防止、□手術部位感染防止、□肺炎防止）   1. 環境整備 2. 職業感染防止（□針刺し防止、□流行性ウイルス感染症防止、□結核感染防止） 3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 改善前の状況 |
|  |
| 問題点及び改善の根拠（例：最新の知見、自施設のサーベイランスデータ　等） |
|  |
| 改善のための計画 |
|  |
| 実施及び評価 |
|  |