

受講願書

高崎健康福祉大学看護実践開発センター長 殿

私は、高崎健康福祉大学における感染管理認定看護師課程の受講を希望します。
よって、関係書類を添えて出願します。

(西暦) 年 月 日

ふりがな
氏名

印

生年月日

(西暦) 年 月 日

現住所

〒

電話番号

(固定)

(携帯)

※受験番号

志願理由書

氏名

推薦書

年 月 日

高崎健康福祉大学看護実践開発センター長 殿

施設の名称

看護部門責任者職位

看護部門責任者氏名 _____ 印

高崎健康福祉大学感染管理認定看護師課程の入学生として、次の者を推薦いたします。

氏名 _____

【推薦理由】

※受験番号	
-------	--

実務研修報告書 (分野名：感染管理)

氏名： _____

1. 実務研修期間および内容について（※教育機関入学までの職歴を記載する。）2023年11月30日現在

1) 全実務研修期間及び実務研修施設名

年	月	～	年	月	期間 (月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容
		～							
①合計									

2) 1) のうち認定看護分野での看護実務研修期間

※感染管理における分野歴が分かるように記載する。

例) 専従感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、病棟における感染対策係など

年	月	～	年	月	期間 (月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容
		～							
②合計									

3) 看護実務研修期間の確認

①全実務研修期間 (60か月以上)	②認定看護分野での看護実務研修期間 (36か月以上)
か月間 (年 か月)	か月間 (年 か月)

※教育機関チェック欄
 認定看護師教育課程は、実務研修に関する要件を満たしているか入学選抜時に審査すること。
免許取得後、実務研修が通算5年以上あること（上記1より）。
うち3年以上は認定看護分野の実務研修の実績があること（上記2より）
 「特定看護分野の実務研修内容の基準」の詳細は、以下 URL よりご参照ください。
https://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2021/06/PDF-jitumu_kijyun2021_Bkatei.pdf

2. 実務研修の実績、概要（※出願者の経歴を記載する。）

実績がある項目に○をつける	認定看護分野歴に記載した期間において、院内感染サーベイランス、感染管理コンサルテーション、感染管理教育、マニュアル作成、職業感染防止活動について担当した具体的な内容を記載する。	
	院内感染サーベイランス (担当している項目に○、その他は具体的に記載する)	() 手術部位感染 () 血管内留置カテーテル関連感染 () 尿道留置カテーテル関連感染 () 人工呼吸器関連肺炎 () その他 ()
	感染管理コンサルテーション	対象： 主なコンサルテーション内容：
	感染管理教育	対象： 教育内容：
	マニュアル作成	作成したマニュアル：
	職業感染防止活動	具体的な活動内容：
	その他の感染管理活動	具体的な活動内容：

3. 学会および研修会等の実績

1) 認定看護分野歴における実績

主な研修内容 (専門領域における研究会等への参加)	
研究実績 (学会および研究会等への発表、学術誌投稿業績など)	

2) 認定看護分野以外における実績

研究実績 (学会および研究会等への発表、学術誌投稿業績など)	
-----------------------------------	--

※受験番号

感染予防・管理の活動実績事例要約

氏名

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○)

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、肺炎防止、手術部位感染防止など)
2. 環境整備
3. 針刺し防止
4. その他 ()

改善前の状況

問題点

改善の根拠 *最新知見、自施設のデータ等に基づき記載 (サーベイランスデータは必須ではない)

改善のための計画

実施

評価

※受験番号

勤務証明書

記入日 西暦 年 月 日

氏名: _____

1. 上記の者は当機関（施設）において、2023年11月30日現在、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	年 月迄	年 月	年 月
非常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	年 月迄	年 月	年 月
合計通算年数				年 月

2. 所属した部署の名称と実績月数・職位

所属部署	期間	月数	職位
	年 月～ 年 月		

上記の通り相違ないことを証明します。

機関（施設）名：

職位名※：

氏名：



機関（施設）所在地：

電話番号：

※施設長または看護部門責任者が発行すること。

看護師特定行為研修 実習施設情報

1. 該当するものに○を記入してください。

該当する区分別科目		10週間で自施設に 対象となる事例が 5症例以上ある場 合	区分別科目ごとの自 施設実習における指 導者がいる場合
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		
	脱水症状に対する輸液による補正		
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与		

* 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者講習会」を受講、または医学生や研修医に対する教育経験がある医師です。

2. 所属施設の看護師特定行為研修を修了した看護師の有無に○をつけてください。

有と答えた方は人数を記入してください。

① 有 () 名 ② 無

3. 貴施設での実習指導について、指導体制の有無に○をつけてください。

① 有 ② 無

4. 貴施設の医療安全管理体制の有無に○をつけてください。

① 有 ② 無

機関（施設）名：

職位名：

氏名：

印

* 様式8は推薦書を記入したものと相談して記入してください。

緊急連絡先

災害などで試験や実習の日程に変更が生じた場合、あるいは研修に関して緊急の連絡が必要な場合に、看護実践開発センターより連絡させていただくことがあります。

氏名		
現住所		
本人	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	
	FAX	
	E-mail	
所属施設	施設名	
	施設所在地	
	電話番号	内線()
本人以外 緊急 1	氏名	続柄()
	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	
本人以外 緊急 2	氏名	続柄()
	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	

(注意事項)

- ①本人以外の緊急連絡先は1箇所以上記入してください。
- ②間違いがないよう、正確に記入してください。

入学検定料「振込金受取書」貼付書

(注意事項)

- 銀行等金融機関に備え付けの「振込依頼書」に必要事項を記入の上、入学検定料 50,000 円を 出願者本人名義 で振り込んでください。
- ATM、ネットバンキングでの振込可。ただし、振込人名義は出願者氏名としてください。また、明細票（コピー可）や振込控の画面等を下記の欄に貼付してください。これらの情報がない場合、振込確認ができないことがあります。
- 振込後、受け取った「振込金受取書」のコピーを枠内に貼り付けてください。
※窓口振込の場合、受付金融機関の日付印が押印されていることを確認してください。
※原本ではなく、印字が読み取れる状態のコピーを貼りつけてください。（縮小コピー可）
原本を貼付した場合、一度提出した書類の返却はできません。

(貼付欄)

- この枠内にはがれないようにのり付けしてください。
- 枠より大きい用紙の場合は、枠内におさまるように折り曲げてください。

2024 年度
高崎健康福祉大学
看護実践開発センター
認定看護師教育課程

受験票

写真 貼付
(3cm×4cm)

1. 最近3カ月以内に撮影したもの
2. 写真裏面に記名

※受験番号	
ふりがな	
氏 名	

試験期日

試験日	2024年1月30日(火) 午前9時00分受付開始
試験開始	午前9時30分
会 場	高崎健康福祉大学 保健医療学部(5号館)

(注意事項)

- 所定の時刻までに試験会場に入ってください。試験についての日程説明を行います。
- 試験開始後20分以内の遅刻に限り、受験を認めますが、試験時間の延長は行いません。
- 試験当日、事故等により遅れる場合は、直ちに電話連絡し、指示に従ってください。
(電話 027-352-1291)
- 携帯電話、PHS、小型音楽プレーヤー等は、試験日程中は利用できません。
- 試験時の筆記用具は、鉛筆・シャープペンシル(HB以上の濃さのもの)、消しゴム、時計(時刻表示のみ)とし、他の携帯品は試験監督の指示に従ってください。

2024 年度
高崎健康福祉大学
看護実践開発センター
認定看護師教育課程

写真票

写真 貼付
(3cm×4cm)

1. 最近3カ月以内に撮影したもの
2. 写真裏面に記名

※受験番号	
ふりがな	
氏 名	

※履歴書・受験票・写真票の写真については、同一の写真を貼付してください。

※受験票と写真票は切り離さず、このまま必要事項を記入し、他の提出書類と一緒に送付してください。