

(様式1)

受験番号	※
------	---

入学願書

(西暦) 年 月 日

福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター長 殿

私は、福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター 認定看護師教育課程 (B 課程) 「感染管理」に入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

フリガナ
氏名 (自署)

印

(西暦) 年 月 日生

現住所 (〒 —)

フリガナ

(都道府県)

TEL : () —

(様式3)

受験番号	※
------	---

志 願 理 由 書

志願分野 (感染管理)

フリガナ			
氏 名	⑩		
生年月日	(西暦)	年	月 日生 歳
志 願 理 由			

(様式4-1)

受験番号	※
------	---

実務研修報告書（感染管理分野）

氏名 _____

1. 実務研修歴（※受験者の経歴を記載する）

(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	所属施設名：	
(月間)		職位	
年 月～	年 月	所属施設名：	
(月間)		職位	
年 月～	年 月	所属施設名：	
(月間)		職位	
年 月～	年 月	所属施設名：	
(月間)		職位	
年 月～	年 月	所属施設名：	
(月間)		職位	
年 月～	年 月	所属施設名：	
(月間)		職位	
実務研修歴合計		ヶ月間 (年 月) ※2023年12月1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	所属施設名：	
(月間)		所属部署名：	
		感染管理に関わる役割	
年 月～	年 月	所属施設名：	
(月間)		所属部署名：	
		感染管理に関わる役割	
年 月～	年 月	所属施設名：	
(月間)		所属部署名：	
		感染管理に関わる役割	
年 月～	年 月	所属施設名：	
(月間)		所属部署名：	
		感染管理に関わる役割	
感染管理分野歴合計		ヶ月間 (年 月) ※2023年12月1日現在	

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2カ所とも記載する。

(様式4-2)

受験番号	※
------	---

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（ ）

<p>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</p> <p>※その他有の場合は記載する</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">「血管内留置カテーテル関連血流感染」</td> <td style="width: 20%;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「尿道留置カテーテル関連尿路感染」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「手術部位感染」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「人工呼吸器関連肺炎」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>その他「</td> <td>」</td> </tr> </table>	「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「	」
「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「	」										
<p>2-2) 感染管理相談の年間事例数</p>	<p>年間 件</p>										
<p>2-3) 「感染対策向上加算1」の有無 「感染対策向上加算2」の有無 「感染対策向上加算3」の有無 「指導強化加算」「連携強化加算」「サーベイランス強化加算」の有無</p> <p>※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</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">「感染対策向上加算1」</td> <td style="width: 20%;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「感染対策向上加算2」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「感染対策向上加算3」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「指導強化加算」有・無</td> <td>「連携強化加算」有・無</td> </tr> <tr> <td>「サーベイランス強化加算」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </table> <p>※上記無の場合</p> <p>ICT配置 有 ・ 無</p> <p>ICTミーティング/ラウンド 有・無 年間回数（ ）回</p>	「感染対策向上加算1」	有 ・ 無	「感染対策向上加算2」	有 ・ 無	「感染対策向上加算3」	有 ・ 無	「指導強化加算」有・無	「連携強化加算」有・無	「サーベイランス強化加算」	有 ・ 無
「感染対策向上加算1」	有 ・ 無										
「感染対策向上加算2」	有 ・ 無										
「感染対策向上加算3」	有 ・ 無										
「指導強化加算」有・無	「連携強化加算」有・無										
「サーベイランス強化加算」	有 ・ 無										
<p>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</p> <p>※上記該当者が無い場合のみ、受験申請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。</p>	<p>感染管理認定看護師 ()名</p> <p>感染症看護専門看護師 ()名</p> <p>※上記該当者が無い場合</p> <p>職位 () 感染管理経験年数 ()年・年以上</p>										

施設2：施設名（ ）

<p>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」「人工呼吸器関連感染」の有無</p> <p>※その他有の場合は記載する</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">「血管内留置カテーテル関連血流感染」</td> <td style="width: 20%;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「尿道留置カテーテル関連尿路感染」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「手術部位感染」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「人工呼吸器関連肺炎」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>その他「</td> <td>」</td> </tr> </table>	「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「	」
「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「	」										
<p>2-2) 感染管理相談の年間事例数</p>	<p>年間 件</p>										
<p>2-3) 「感染対策向上加算1」の有無 「感染対策向上加算2」の有無 「感染対策向上加算3」の有無 「指導強化加算」「連携強化加算」「サーベイランス強化加算」の有無</p> <p>※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</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">「感染対策向上加算1」</td> <td style="width: 20%;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「感染対策向上加算2」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「感染対策向上加算3」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>「指導強化加算」有・無</td> <td>「連携強化加算」有・無</td> </tr> <tr> <td>「サーベイランス強化加算」</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </table> <p>※上記無の場合</p> <p>ICT配置 有 ・ 無</p> <p>ICTミーティング/ラウンド 有・無 年間回数（ ）回</p>	「感染対策向上加算1」	有 ・ 無	「感染対策向上加算2」	有 ・ 無	「感染対策向上加算3」	有 ・ 無	「指導強化加算」有・無	「連携強化加算」有・無	「サーベイランス強化加算」	有 ・ 無
「感染対策向上加算1」	有 ・ 無										
「感染対策向上加算2」	有 ・ 無										
「感染対策向上加算3」	有 ・ 無										
「指導強化加算」有・無	「連携強化加算」有・無										
「サーベイランス強化加算」	有 ・ 無										
<p>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</p> <p>※上記該当者が無い場合のみ、受験申請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。</p>	<p>感染管理認定看護師 ()名</p> <p>感染症看護専門看護師 ()名</p> <p>※上記該当者が無い場合</p> <p>職位 () 感染管理経験年数 ()年・年以上</p>										

(様式4-3)

受験番号

※

3. 実務研修の実績 概要

※(様式4-1)の1-2)に記載した期間において受験者自身が、感染管理に関わる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例を記載する

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 (<input type="checkbox"/> 血流感染防止、 <input type="checkbox"/> 尿路感染防止、 <input type="checkbox"/> 肺炎防止、 <input type="checkbox"/> 手術部位感染防止)
2. 環境整備
3. 職業感染防止(<input type="checkbox"/> 針刺し防止、 <input type="checkbox"/> 流行性ウイルス感染症防止、 <input type="checkbox"/> 結核感染防止)
4. その他()
改善前の状況
問題点及び改善の根拠(最新の知見、自施設のサーベイランスのデータに基づいて記載する)
改善のための計画
実施及び評価

受験番号	※
------	---

勤務証明書

氏名 _____

上記の者は当施設において、下記の通り勤務していること／していたことを証明します

(西暦) 年 月 日現在

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～	(西暦) 年 月	年 ヵ月	年 ヵ月
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～	(西暦) 年 月	年 ヵ月	年 ヵ月
※合計通算年数				年 ヵ月

(※ 休職期間には産休・育休を含みます。無い場合は「0」と記載)

(※ 准看護師期間は勤務期間には含みません)

施設名： _____

証明者職位： _____

注) 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。

証明者氏名： _____ 印

施設所在地： _____

電 話： _____

(様式 6)

受験番号

※

推 薦 書

(西暦)

年

月

日

福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター長 殿

申請者氏名 : _____

上記の者は、貴センター認定看護師教育課程 (B 課程) 「感染管理」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、ここに推薦します。

[推薦理由]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

施設名 :

職位 (名) :

推薦者氏名 :

(自 署)

施設所在地 :

TEL : ()

—

㊞

*看護部長職の方がご記入ください

受験番号	※
------	---

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、福岡国際医療福祉大学 生涯教育センターより皆様の携帯メールへ通知させていただきます。

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ご記入ください。
- ② 携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡がつく電話番号をご記入ください。

フリガナ	
氏 名	
施 設 名	
携帯メールアドレス (楷書で丁寧に記入)	@
携 帯 電 話 番 号	— —
(携帯電話の無い方) 上記以外で連絡がつく 電話番号	電話番号： — — F A X： — —

注 1) この緊急連絡先の個人情報は入学試験終了後、シュレッダーにかけて破棄いたします。

注 2) 携帯メール設定で、必ず educenter@takagigakuen.ac.jp が受信できるようにして下さい。

出願書類等チェック表

提出書類一式を送付前に様式が揃っているか、不備が無いかをこのチェック表でご確認のうえ書類をご送付ください。このチェック表の提出は不要です。

様式	書類	チェック内容	チェック
1	入学願書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名は手書きの自署になっているか 	
2	履歴書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所属機関は正式名称を記入しているか ・ 現在離職中の場合は「離職中」と明記しているか ・ 学歴は高等学校卒業から記入しているか 	
3	志願理由書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名は手書きの自署になっているか ・ 捺印はあるか 	
4	実務研修報告書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修期間が 2023 年 12 月 1 日現在で書かれているか ・ 実務研修報告書の内容が洩れなく記入されているか 	
5	勤務証明書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務証明書の勤務期間が 2023 年 12 月 1 日現在で書かれているか ・ 勤務証明者の捺印はあるか ・ 看護師免許取得後の勤務年数が記入されているか（准看護師期間がある方は勤務証明書の勤務年数に含まれていないか） ・ 複数の施設に勤務している場合、現在の施設から順にさかのぼって勤務証明書をとっているか （※勤務期間の合計が 60 ヶ月以上になるまで） ・ 休職期間（育休・産休等）がある場合は、その期間が明記されているか ・ 訂正の場合は必ず訂正印が押印されているか 	
6	推薦書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 推薦者は看護部長職（または同等職）者になっているか ・ 推薦者氏名は自署になっているか ・ 推薦者の捺印はあるか ・ <u>厳封</u>されているか 	
7	緊急連絡先	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急連絡先を楷書でわかりやすく記入しているか 	
その他	看護師免許証複写 写真 受験票郵送用封筒 全書類送付用封筒	<ul style="list-style-type: none"> ・ A4 サイズに縮小コピーしているか ・ 改正された方：看護師免許証の裏面に登録日が表記されている場合は両面を複写しているか ・ 写真 1 枚（3cm×4cm）を同封しているか ・ 写真の裏に受験者氏名が明記されているか ・ 履歴書、写真票【C 票】に貼付の写真と同じ写真であること。 （<u>写真は、履歴書、写真票【C 票】貼付分と合わせて 3 枚必要</u>） ・ 住所・氏名を明記した 444 円分（簡易書留料金含む）切手貼付の定形長 3 型封筒（120×235）を同封しているか ・ <u>レターパックプラス（赤色 520 円）</u>を使用しているか。 	