

(様式2)

※受験番号

履歴書

		写真貼付欄 (縦4cm×横3cm)	
フリガナ			
氏名・性別		(男・女)	
生年月日		昭和・平成 年 月 日生(満 歳)	
自宅住所		〒(-)	
電話番号(自宅)		()	
メールアドレス		@	
緊急連絡先(携帯)		()	
通学時間等		本学までの通学時間 () 分 主な通学手段:電車・バス・自家用車・その他()	
所属先	フリガナ		
	施設名称		
	所在地	〒(-) TEL: () FAX: ()	
	施設長名		
	所属長名		
	出願者の職種・職位	職種: 職位:	
免許等	(看護師) 昭和・平成・令和 年 月 日 取得 第 号		
	(保健師) 昭和・平成・令和 年 月 日 取得 第 号		
	(助産師) 昭和・平成・令和 年 月 日 取得 第 号		
	(認定看護師) 昭和・平成・令和 年 月 日 認定 第 号 分野:		
	(専門看護師) 昭和・平成・令和 年 月 日 認定 第 号 分野:		
学歴	昭和・平成 年 月		
	昭和・平成 年 月		
	昭和・平成 年 月		
	昭和・平成 年 月		

	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
※高等学校以上について記載してください。		

看護師免許取得後の全実務経験期間及び実務経験施設名・所属部署名・職位を明記		
職歴	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	年 月～ 年 月 (か月)	所属施設名 : 所属部署名 : 職位 :
	合 計 : _____	か月間 (_____ 年 _____ か月)

専 門 分 野 職 歴	<p>上記の全実務経験期間中における認定看護分野歴及び実務経験施設名・所属部署名・職位を明記</p> <p>※所属部署名については、感染管理における分野歴がわかるように記載（感染対策室を含む）</p> <p>例：専任感染管理者、リンクナース、ICT メンバー、AST メンバー、ICC メンバー、病棟における感染対策係 感染管理担当主任、感染管理担当看護師長など</p>		
	年　月～　年　月 (　か月)	所属施設名： 所属部署名：　　職位：	
	年　月～　年　月 (　か月)	所属施設名： 所属部署名：　　職位：	
	年　月～　年　月 (　か月)	所属施設名： 所属部署名：　　職位：	
	年　月～　年　月 (　か月)	所属施設名： 所属部署名：　　職位：	
	年　月～　年　月 (　か月)	所属施設名： 所属部署名：　　職位：	
	年　月～　年　月 (　か月)	所属施設名： 所属部署名：　　職位：	
	年　月～　年　月 (　か月)	所属施設名： 所属部署名：　　職位：	
	認定看護分野歴合計：		か月間（　　年　　か月）

実 務 研 修 の 実 績 概 要	<p>上記の認定看護分野歴に記載した期間において、医療関連感染サーベイランス、マニュアル作成、 感染管理活動等について担当した具体的な内容を記載（活動実績がない場合は記載不要）</p>	
	医療関連感染サーベイランス	<p>担当した項目に□をし、その他は具体的に記載</p> <p><input type="checkbox"/>手術部位感染 <input type="checkbox"/>血管内留置カテーテル関連感染 <input type="checkbox"/>尿路カテーテル関連感染 <input type="checkbox"/>人工呼吸器関連肺炎 <input type="checkbox"/>その他（　　）</p>
	感染予防・管理活動 (ICT やリンクナースなどのチーム活動等を含む)	具体的な活動内容を記載：
	感染管理に関する研修会等の企画や開催 (病棟・部署内の学習会を含む)	<p>対象： 内容：</p>
	マニュアル作成 (掲示物や手順書の作成等を含む)	具体的な作成物とその内容：

認定看護分野歴における実務研修施設概要	<p>最低3年間の認定看護分野歴における施設の実績について記載</p> <p>施設が複数の場合（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合）、施設ごとに実績を記載（このページの様式をコピーして記載）</p>	
	施設名	
	施設で実施している医療関連感染サーベイランスの種類	
	感染管理の担当部署 例：感染対策室、看護部、ICT等	
	感染対策における診療報酬の有無 ※無の場合は、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	<p>1. 感染対策向上加算： 有 (1・2・3・外来) ・ 無 上記1の感染対策向上加算が無い場合 感染対策チーム： 有 ・ 無 ミーティング： 年 回 ラウンド： 年 回</p> <p>2. 指導強化加算または連携強化加算： 有 ・ 無 3. サーベイランス強化加算： 有 ・ 無</p>
	感染管理分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数 ※上記該当者がいない場合は、受験申請者自身が感染管理分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載	<p>1. 感染管理認定看護師： 有 (名) ・ 無 2. 感染症看護専門看護師： 有 (名) ・ 無 3. 上記1.2ともに無の場合 実務研修指導者： 例：教育担当師長、専任の感染管理担当者、感染管理分野における経験5年以上を有する主任など</p>
	認定看護分野歴における実績を記載	
	主な研修内容 (年月、学会名、研修名、演題名などを記載)	専門領域における研修会等への参加
	看護研究業績 (発表年月、発表学術集会名、演題、筆頭演者名などを記載)	学会及び研究会等への発表、学術誌投稿業績など

※行が不足する場合は、コピーをして追加してください。

記入日：令和 年 月 日