（2025：感染様式3-1） 　　　 受講試験番号：

**実務研修報告書**

**1．実務研修施設歴**（※**受講試験出願者の経歴**を記入してください）

ここに行を追加

|  |
| --- |
| **1-1)　全実務研修期間及び実務研修施設名　（所属施設名、所属部署名、職位）**　　記入例：青字（提出時は例は削除）、実務研修施設の記入欄が不足する場合は、行を追加して記入して下さい。 |
| 1997年 4月～ 2000年 3月 （ 36か月間）  | 所属施設名： ○○会○○病院 所属部署名： 呼吸器内科病棟　　　　　　　　　　　 職位：スタッフナース  |
| 2000年 4月～ 2005年 3月 （ 60か月間）  | 所属施設名： ○○会○○病院所属部署名： 整形外科病棟 　　　　　　　　　　　　職位：看護主任  |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　 年　月～　 　年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　 年　月～　 　年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| **合計** | **か月間（　　　　年　　　か月）※**2024年12月現在 |
| **1-2）認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位）**※所属部署名については、分野歴がわかるように記載する（感染対策室を含む）　例：専任感染管理担当者、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、感染管理担当師長など記入例：青字（提出時は例は削除） |
| 1997年 4月～ 2000年 3月 （ 36か月間）  | 所属施設名： ○○会○○病院所属部署名： 呼吸器内科病棟 、感染対策係　　　　　 職位：スタッフナース  |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　 年　月～　　 年 月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　 年　月～　　 年 月（　　か月間） | 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）※**2024年12月現在 |

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2か所とも**記入してください。

（2025：感染様式3-2） 　　　 受講試験番号：

|  |
| --- |
| 1）認定看護分野に関連する学会・研修会等への参加（年月日，学会名・研修名の順に記載）2）認定看護分野に関連する学会・研究会等での発表、論文業績（筆頭演者名（他○名），演題，発表学術集会名，発表年月の順に記載） |

**認定看護分野における学会及び研修会等の実績**

**本教育課程への志望理由**

|  |
| --- |
|  |

（2025：感染様式3-3） 　　　 受講試験番号：

**2．実務研修の実績概要**（※**受講試験出願者の経歴**を記入してください）

|  |
| --- |
| 上記1－2）認定看護分野歴に記載した期間において、感染管理に関わる活動実績、医療関連感染サーベイランス実施に関わった経験について記載してください。 |
| 感染管理に関わる活動実績（感染対策委員会、ICT活動、リンクナース会など） | 具体的な活動内容： |
| 医療関連感染サーベイランスに携わった経験の有無 | 手術部位感染 | 　有　・　無 |
| 血管内留置カテーテル関連感染 | 有　・　無 |
| 尿路カテーテル関連感染 | 有　・　無 |
| 人工呼吸器関連肺炎 | 有　・　無 |
| その他例：（　手指衛生サーベイランス、インフルエンザ＆インフルエンザ様症状サーベイランス　） | 有　・　無 |

（2025：感染様式3-4） 　　　 受講試験番号：

**3．認定看護分野歴における実務研修施設　 概要**

※最低3年間の認定看護分野歴における **施設の実績** について記入してください。

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入してください（様式をコピーして使用してください）

感染管理分野における実績　：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 3-1）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 | （例：〇〇サーベイランス、△△サーベイランス） |
| 3-2）感染管理コンサルテーション担当部署 | （例：感染対策室、看護部、ICTなど） |
| 3-3）「感染対策向上加算」の有無＊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 | 1. 感染対策向上加算：有（１・２・３）・　無（　無の場合　）　感染対策チーム：　有・無　ミーティング　：　　　回/年 　ラウンド　　　：　　　回/年 |
| 3-4）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のみ、受講試験出願者自身が、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する | 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.いずれも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 |
| 3-4)※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の5年以上あるものから指導を受けたことを記載するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記載する。 |

（2025：感染様式3-5） 　　　　 受講試験番号：

感染予防・管理の活動実績　事例要約（１ページ以内）

|  |
| --- |
| 改善事例：例　手指衛生の取り組み |
| 改善前の状況 |
| 取り組んだ課題（取り組みが必要と思った理由も含む） |
| 取り組んだ期間 |
| 取り組んだ場所 |
| 改善計画 |
| 実施内容 |
| 結果・評価 |