

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日

入 学 志 願 書

徳島大学大学院医歯薬学研究部
看護リカレント教育センター長 殿

私は、徳島大学大学院医歯薬学研究部看護リカレント教育センター認定看護師教育課程（在宅ケア分野・感染管理分野）に入学したいので、ここに関係書類を添えて申請します。

現住所
(〒 -)

(ふりがな)
氏 名 (自署)

印

履 歴 書

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏 名	記入例	男・女	<p style="text-align: center; margin: 0;">写真貼付欄</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">カラー、正面向き、 無帽、上半身、無背 景で、出願前3か月 以内に撮影したも のを全面のり付け して貼付してくだ さい。 縦4cm×横3cm *写真裏面に記名</p>
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
ふりがな 現住所	〒 *都道府県名から メールアドレス ←書き漏れないように TEL (自宅・携帯)		
勤務先 所属機関	ふりがな 名 称	正式名称で	
	設置主体		
	施設長名		
	出願者の 職種・職位		
	所在地	〒 都道府県名から TEL	
免許取得 年月日	保健師	年 月 日	免許証番号 号
	助産師	年 月 日	免許証番号 号
	看護師	年 月 日	免許証番号 号
学 歴	高等学校卒業以上について記載してください。		
	年 月	西暦で記入	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

氏 名

職 歴	看護師免許取得以降，部署名，職位を含めて記載してください。
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
資 格	
賞 罰	
研修受講歴 (5日以上)	例) ●●県実習指導者養成講習会
学会及び社会における活動(所属学会)	

注 1) 勤務先所属機関の名称及び設置主体については，正式名称(独立行政法人○○○機構，○○県，医療法人○○会等)を記入してください。

注 2) 資格欄には，保健師，助産師，看護師以外の医療系の資格(専門看護師，認定看護師)，社会福祉士等について，記入してください。

注 3) 学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

志 願 理 由 書

氏 名 _____

注 1) パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが、折り畳んだり、用紙の枠をはみ出したりして貼付しないでください。

注 2) 本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

看護事例報告書

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

氏 名 _____

※A 4 サイズ 1 枚におさめてください。

実務経験の中でもっとも関わりの深かった 1 事例に関して、以下の内容についてまとめて記載する。

受け持ち期間： 年 月 ～ 年 月

テーマ：

《看護の展開》

1. 基本情報とアセスメント
2. 看護問題と目標, 計画
3. 看護実践
4. 実施結果
5. 評価

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は，記入しないでください。

在宅における看護（退院支援を含む）の事例報告書（要約）

氏 名

※事例 1 以外の 4 事例について，記入上の注意事項を確認の上，記入してください。

	事例の概要	看護の要約
事例 2		
事例 3		
事例 4		
事例 5		

活動実績事例報告書

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

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○, その他は具体的に記載）												
<table border="0"> <tr> <td>1. 血液感染予防・管理</td> <td>2. 尿路感染予防・管理</td> </tr> <tr> <td>3. 肺炎予防・管理</td> <td>4. 手術部位感染予防・管理</td> </tr> <tr> <td>5. 手指衛生</td> <td>6. 洗浄・消毒・滅菌</td> </tr> <tr> <td>7. 環境整備</td> <td>8. 職業感染予防</td> </tr> <tr> <td>9. その他（</td> <td>）</td> </tr> </table>			1. 血液感染予防・管理	2. 尿路感染予防・管理	3. 肺炎予防・管理	4. 手術部位感染予防・管理	5. 手指衛生	6. 洗浄・消毒・滅菌	7. 環境整備	8. 職業感染予防	9. その他（	）
1. 血液感染予防・管理	2. 尿路感染予防・管理											
3. 肺炎予防・管理	4. 手術部位感染予防・管理											
5. 手指衛生	6. 洗浄・消毒・滅菌											
7. 環境整備	8. 職業感染予防											
9. その他（	）											
改善前の状況												
問題点												
改善の根拠 *最新の知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づき記載												

氏 名

改善のための計画

実施

評価

実務研修報告書

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

1 実務研修期間および内容について

氏名 _____

※西暦で記入してください。フルタイム勤務でない場合は、1,800 時間以上の勤務時間を1年相当とみなします。

1) 全看護実務研修期間

常勤 非常勤	年	月	～	年	月	常勤期間(月数) 非常勤期間(時間)	所属施設名	部署	職位
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
①合計									

非常勤で勤務の場合は合計時間数を記入してください。1800時間を1年として計算いたします。

2) うち認定看護分野歴

実務研修内容については、分野にかかわる活動実績がわかるように記入してください。

【在宅ケア分野の記入例】 病院の地域連携部門、退院支援リンクナース、病棟における退院支援リーダー、外来勤務など
 【感染管理分野の記入例】 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

常勤 非常勤	年	月	～	年	月	常勤期間(月数) 非常勤期間(時間)	所属施設名	部署	実務研修内容
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
常勤 非常勤			～						
②合計									

3) 看護実務研修期間の確認

① (36か月以上)	②	① + ② (60か月以上)

※【教育機関チェック欄】

免許取得後、通算5年以上実務研修をしていること。

うち、通算3年以上特定の看護分野の実務研修の実績があること。

氏 名 _____

2・実務研修の実績概要

※上記 1 - 2) 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・管理活動等について担当した具体的な内容を記載する。

医療関連感染サーベイランス (計画から実施・評価まで担当した項目に○、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 (), 尿路カテーテル関連感染 (), 人工呼吸器関連肺炎 (), その他 ()
感染予防・管理活動 (ICT やリンクナースなどのチーム活動を含む)	具体的な活動内容:
感染管理に関する研修会等の企画 や開催	対象: 内容:
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:

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**について記載する。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する(様式をコピーして記載する)。

感染管理分野における実績 : 施設名 ()

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: ○○サーベイランス、△△サーベイランス)
2) 感染管理の担当部署	(例: 感染対策室, 看護部, ICT など)
3) 「感染防止対策加算」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 2. 外来感染対策向上加算: 有 ・ 無 3. 感染防止対策地域連携加算: 有 ・ 無 4. 抗菌薬適性使用支援加算: 有 ・ 無 (1. が無の場合) 感染対策チーム: 有 ・ 無 ミーティング: 回/年 ラウンド: 回/年
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 ※上記該当がない場合のみ, 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

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。

勤 務 証 明 書

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

氏 名 _____

1. 勤務期間

勤 務 期 間 * 休職期間を除いた期間を記入	所 属 施 設 * 該当するものに○をし、診療科がわかる ように () 内に記入	勤 務 形 態 明らかに○)
年 月 日～ 年 月	病院(所属部署:) 診療所・介護保険施設・訪問看護ステーション・ その他 ()	常勤・非常勤
年 月	必要数をコピーし、施設ごとに記入を依頼する	常勤・非常勤
年 月 日～ 年 月	病院(所属部署:) 診療所・介護保険施設・訪問看護ステーション・ その他 ()	常勤・非常勤
年 月 日～ 年 月	病院(所属部署:) 診療所・介護保険施設・訪問看護ステーション・ その他 ()	常勤・非常勤
年 月 日～ 年 月	病院(所属部署:) 診療所・介護保険施設・訪問看護ステーション・ その他 ()	常勤・非常勤

【常 勤】通算 _____ 年 _____ 月間 (在宅ケア分野・感染管理分野)

【非常勤】通算 _____ 時間 (在宅ケア分野・感染管理分野)

休職等特記事項:

2. 所属部署の具体的な特徴・主な症例等

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

機関(施設)名

所在地

職 位

氏 名



受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

推 薦 書

令和 年 月 日

徳島大学大学院医歯薬学研究部
看護リカレント教育センター長 殿

機関（施設）名

職 名

推薦者名

⑩

徳島大学大学院医歯薬学研究部看護リカレント教育センター認定看護師教育課程（在宅ケア分野・感染管理分野）の研修生として、次の者を推薦します。

記

志願者名（自署）

推薦理由

看護部長や施設長など上司に依頼する
現在就労していない場合や自分が組織の長の場合は自薦理由を記入する

注 1) パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが、折りたたんだり、用紙をはみ出したりして貼付しないでください。

注 2) 本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

特定行為研修自施設情報（在宅ケア分野）

氏 名 _____

該当する箇所を記入してください。

実習予定施設の**正式名称**

区分別科目名	特定行為名	以上ある 対象となる事例が平均で6ヶ月あたり5例	該当するものに <input type="checkbox"/> する。		
			① 自施設に特定行為の 臨地実習を行える 医師の指導者がいる	② 自施設に特定行為区分の 臨地実習が行える 看護職の指導者がいる。	③ 自施設に特定行為修了者がいる
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自施設実習が困難である。

その理由 → **出願前に相談の連絡をした場合は、連絡をしたことも記入する**

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

特定行為研修自施設情報（感染管理分野）

氏 名 _____

該当する箇所を記入してください。

実習予定施設の**正式名称** _____

区分別科目名	特定行為名	以上ある 対象となる事例が平均で6ヶ月あたり5例	該当するものに <input type="checkbox"/> する。			
			① 自施設に特定行為の 臨床実習を 行える医師の指導者がいる	② 自施設に特定行為 区分の臨床実習 が行える看護職の 指導者がいる。	④ 自施設に特定行為 修了者がいる	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	脱水症状に対する輸液による補正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
感染症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的投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

自施設実習が困難である。

その理由

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日

既修得科目履修免除申請書（在宅ケア分野）

徳島大学大学院医歯薬学研究部
看護リカレント教育センター長 殿

申請者氏名^{よりがな}（自署）_____

私は、看護師特定行為研修において、以下の科目を既に受講修了しているため、**修了証及び履修した科目のシラバス**を添えて既修得科目の履修免除を申請します。

記

履修免除を申請する既修得科目（該当する科目の「履修免除申請」欄に○を記入してください。）

科目名		履修免除申請
共通科目		
平成 22 年度及び 23 年度特定看護師（仮称）養成調査試行事業における研修		
平成 24 年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修の病態生理学、フィジカルアセスメント、臨床薬理学		
特定行為区分 （在宅・慢性期領域）	特定行為名	履修免除申請
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換	
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日

既修得科目履修免除申請書（感染管理分野）

徳島大学大学院医歯薬学研究部
看護リカレント教育センター長 殿

申請者氏名^{ふりがな}（自署）_____

私は、看護師特定行為研修において、以下の科目を既に受講修了しているため、**修了証及び履修した科目のシラバス**を添えて既修得科目の履修免除を申請します。

記

履修免除を申請する既修得科目（該当する科目の「履修免除申請」欄に○を記入してください。）

科目名		履修免除申請
共通科目		
平成 22 年度及び 23 年度特定看護師（仮称）養成調査試行事業における研修		
平成 24 年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修の病態生理学、 フィジカルアセスメント、臨床薬理学		
特定行為区分	特定行為名	履修免除申請
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	
感染症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	

令和 5 年度 認定看護師教育課程
(在宅ケア分野・感染管理分野)

受験票

		受験番号	※
ふりがな			<p>写真貼付欄 カラー、正面向き、 無帽、上半身、無背 景で、出願前3か月 以内に撮影したも のを全面のり付け して貼付してくだ さい。 縦4 cm×横3 cm *写真裏面に記名</p>
氏名			
【試験日程】	令和5年1月21日(土) 9時30分～12時00分 筆記試験 13時00分～ 面接		
【試験場】	徳島大学保健学C棟		

注) ※印欄は記入しないでください。

令和 5 年度 認定看護師教育課程
(在宅ケア分野・感染管理分野)

写真票

		受験番号	※
ふりがな			<p>写真貼付欄 受験票と同一の写真 を全面のり付けて 貼付してください。 縦4 cm×横3 cm *写真裏面に記名</p>
氏名			
所属施設名			
所在地 (都道府県名のみ)			

注) ※印欄は記入しないでください。

*写真は合格した際には身分証明書として使用します