

公益社団法人大阪府看護協会
感染管理認定看護師教育課程

2022 年度入学選抜試験提出書類一式

- (1) 入学願書（様式 1）
- (2) 履歴書（様式 2）
- (3) 実務研修報告書（様式 3）
- (4) 志望動機（様式 4）
- (5) 勤務証明書（様式 5）
- (6) 推薦書（様式 6）
- (7) 感染予防・管理の活動実績事例要約（様式 7）
- (8) 写真票・受験票（様式 8）
- (9) 入学検定料振込通知（様式 8）
- (10) 保健師・助産師・看護師免許証の写し（A 4 版縮小コピー）
- (11) 受験票郵送用封筒・合否通知郵送用封筒
- (12) 入学選抜試験提出書類確認用紙（様式 9）

入 学 願 書

公益社団法人 大阪府看護協会 会長殿

私は、大阪府看護協会 感染管理認定看護師教育課程へ
入学したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 2022 年 6 月〇〇日

お名前は必ず自署してください。

氏 名 (自署)

印

西暦 1987 年 4 月 10 日生

現住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇)

大阪府大阪市××区△△町 1-2-3

TEL : (090) 9999-9999

(様式 2)

受験番号

履 歴 書

(西暦) 20 年 9 月 30 日現在

日本看護協会非会員の方は
こちらに○印を付けてください。

写真貼付
(5.0cm×4.0cm)
写真裏面に記名

JNA会員No.	1	2	3	4	5	6	7	8	非会員
フリガナ	クリタ ジョウ								男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
氏名	栗田 城								印
生年月日	(西暦) 1987 年 4 月 10 日生 (満 34 歳)								

記入の確認等で連絡することが
あります。常に連絡がつく電話番
号を記載してください。

フリガナ	オオサカフオオサカシ××ク△△チョウ		携帯電話	(090) 9999-9999	
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市××区△△町 1-2-3		E-Mail	momoko-99@kyukyu.ne.jp	
フリガナ	オオサカフカンゴキョウカイリツ シロミビョウイン			病床数	350 床
所属機関 名称	大阪府看護協会立 城見病院			看護体制	7 対 1
設置主体	(10) *「申請書類の記入についての注意事項」の中から番号を記入				
所属機関 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市中央区城見 2-2-22		TEL	06-6123-4567	
			FAX	06-6123-4568	
看護師免許取得年月日	(西暦) 2009 年 4 月 10 日		第 1234567 号		
学 歴 (高校卒業時から記入)					
(西暦) 2005 年 3 月	(城見学園) 高等学校卒業				
2006 年 4 月から 2009 年 3 月まで	大阪府ナーシングアート看護専門学校				
年 月から 年 月まで					
年 月から 年 月まで					
年 月から 年 月まで					
職 歴 (看護師免許取得まで、看護職以外の職歴のみ記載、准看護師経歴も含む)					
2005 年 4 月から 2006 年 3 月まで	株式会社森ノ宮物産 営業部				
年 月から 年 月まで					
年 月から 年 月まで					

実務研修報告書

1. 実務研修施設歴 (※申請書作成までの受験者の職歴を記載する)

1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、部署名、職名)

期 間 (月数)	所属施設名	部署名	職位名
2009年4月から 2010年3月まで	医療法人玉造会 天下茶屋中央病院	外科病棟	スタッフ
2010年4月から 2012年10月まで	医療法人玉造会 天下茶屋中央病院	内科病棟	スタッフ
2012年11月から 2014年3月まで	大阪府看護協会立 桃谷病院	手術室	スタッフ
2014年4月から 2016年3月まで	大阪府看護協会立 城見病院	CCU	2年間
2016年4月から 2018年3月まで	大阪府看護協会立 城見病院	ICU	主任
2018年4月から 2022年5月まで	大阪府看護協会立 城見病院	手術室	師長
年 月から 年 月まで			
合 計	157ヶ月 (13年1ヶ月)		現在

感染管理分野の実務経験を下表へ記入へ

月数の計算ミスが多いので確認すること。開始月・終了月を含むことに注意する。

1-2) 感染管理分野における実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、部署名、実務研修内容)

期 間 (月数)	所属施設名	部署名	実務研修内容
2014年4月から 2016年3月まで	大阪府看護協会立 城見病院	CCU	2年間感染対策委員会委員として活動
2018年4月から 2022年5月まで	大阪府看護協会立 城見病院	手術室	4年間ICTに所属する
年 月から 年 月まで	ヶ月		
年 月から 年 月まで	ヶ月		
年 月から 年 月まで	ヶ月		
感染管理分野歴合計	73ヶ月 (6年1ヶ月)		*2022年5月末日現在

(様式3)

2. 専門分野における実務研修施設の概要

*施設が複数の場合、施設ごとに実績

最低3年間の感染管理分野における施設の実績について記載すること。

1	施設名称	大阪府看護協会立 城見病院
	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 ()
3	感染管理分野に関する施設基準の 届け出の種類	・ 感染対策向上加算 (1) ・ 2 ・ 3)
4	認定看護分野に関する専門の部門 (部署・外来・病棟)の有無とその名称	・ 有：医療安全管理部、感染対策室 等
5	感染管理分野に関連する認定看護師・ 専門看護師数 ※ 上記該当者がいない場合のみ、 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。	・ 感染管理認定看護師 有 (2名) 無 ・ 感染看護専門看護師 有 (1名) 無 ・ 上記がない場合 実務研修指導者：
6	自施設における 特定行為研修修了者 (区分)	・ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 : 有 無 ・ 感染に係る薬剤投与関連 : 有 無
7	自施設における特定行為研修指定 研修機関の申請	・ 指定研修機関の申請： 済 申請中 未

3. 学会および研修会等の実績 (感染管理分野における実績)

1) 所属職能団体及び学会 (感染管理に関するもの) (*現在加入している団体のみ)
2) 学会参加状況
学会名： 学会名： () 学会名： () 学会名： ()
3) 研究発表などの実績 (学術誌投稿など含む)
・ 「テーマ●●」、発表者、第○回日本環境感染学会、示説、2021 ・ 投稿・雑誌などの執筆：筆頭筆者名(他○名)、タイトル名、雑誌名、巻(号)、ページ、発行年 ・ 講演・講師等：年月、場所 (学会・学校名・対象者等)、内容(タイトル)

志望動機 (この枠内に記載 700 字以内)

この枠内にお書きください。

他の教育機関の併願の有無 (1、2のどちらかを選択してください)

1. している (差支えなければ機関名をお書きください)

()

2. していない

この欄はチェックしないこと！

【教育機関用チェック欄】※ 申請者は、下記チェックリスト欄に記入しないでください。

【必須要件】

- 日本国の看護師免許を有する
- 上記の免許取得後、通算5年以上(入学時点で可)の実務研修を有すること
- そのうち通算3年以上、感染管理に関する活動実績(感染リンクナース、ICT)などの看護実績を有する
- 現在、感染管理に関わる活動に携わっていることが望ましい。
- 医療関連感染サーベイランス実施における一連の流れを理解していることが望ましい

勤務証明書

西暦 年 月 日

申請者氏名：

上記の者は当機関（施設）において、以下のとおり勤務している／したことを証明します。

1. 在職期間

【勤務形態 非常勤（1日____時間、週____日）である】

（西暦）____年__月より（西暦）____年__月まで

6か月以上研修・休職期間

通算____年__ヶ月

通算____年__ヶ月

【勤務形態 常勤（1日____時間、週____日）である】

（西暦）____年__月__日より（西暦）____年__月__日まで

6か月以上研修・休職期間

通算____年__ヶ月

通算____年__ヶ月

非常勤と常勤を分け、それぞれ研修・休職期間があれば記載する。

非常勤の常勤換算は必要ありません。

合計通算____年__ヶ月

2. 所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

専門看護分野の経験を中心に、配置された部署の特徴と経験年数を具体的に記入する。

【記入例】

感染対策委員会委員として活動、○年間 ICT に所属していたなど

機関（施設）名：

職位名※：

氏名：

印

機関（施設）所在地：

(TEL)

※ 病院長あるいは看護部長が発行してください

受験番号：

推 薦 書

西暦 2022 年 5 月 ○○ 日

申請者氏名：栗田 城

上記の者は、感染管理認定看護師教育課程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、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

原則、看護部長の職位の方が記入する。
名前は自署し、厳封して同封する。

推薦者氏名（自署）： 印

職位名※：

機関（施設）名：

機関（施設）所在地：〒

TEL：

FAX：

(様式7)

受験番号：

氏名 _____

感染予防・管理の活動実績 事例要約

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)						
1. 血流感染予防・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						
実施						
評価						

(様式 8)

2022 年度 公益社団法人大阪府看護協会
感染管理認定看護師教育課程

写 真 票		受験 番号		
フリガナ	クリタ ジョウ			
氏 名	栗田 城			
所属施設		写真貼付 (5.0×4.0cm) 裏面に氏名を記入し、 貼付してください。		
施設名	大阪府看護協会立 城見病院			
所在地 (都道府県のみ)	大阪府			

2022 年度 公益社団法人大阪府看護協会
感染管理認定看護師教育課程

受 験 票		受験 番号		
フリガナ	クリタ ジョウ			
氏 名	栗田 城			
所属施設		写真貼付 (5.0×4.0cm) 裏面に氏名を記入し、 貼付してください。		
施設名	大阪府看護協会立 城見病院			
所在地 (都道府県のみ)	大阪府			

入学検定料振込通知

郵便振込受領証のコピーを貼付

--

(様式 9)

受験番号：

入学選抜試験提出書類確認用紙

提出書類内容	様式	枚数	確認欄
入学願書	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
履歴書	2		<input type="checkbox"/>
実務研修報告書	3		<input type="checkbox"/>
志望動機	4		<input type="checkbox"/>
勤務証明書	5		<input type="checkbox"/>
推薦書	6		<input type="checkbox"/>
感染予防・管理の活動実績 事例要約	7		<input type="checkbox"/>
写真票・受験票	8		<input type="checkbox"/>
入学検定料振込通知		様式 8 に 貼付	<input type="checkbox"/>
看護師免許証の写し (A 4 版縮小コピー)			<input type="checkbox"/>
受験票郵送用封筒・合否通知郵送用封筒		2	<input type="checkbox"/>
入学選抜試験提出確認用紙	9		<input type="checkbox"/>