

# 感染管理認定看護師教育課程 出願書類リスト

(太枠内を記入し、出願書類ともに提出してください。)

氏名		センター使用欄 (記入不要)
日中の連絡先	(                      )	

## <提出書類・出願資格 確認欄>

	提出書類	本人確認 (同封した書類に✓)	センター使用欄 (記入不要)
様式 1	入学願書		
様式 2	履歴書		
様式 3	実務研修報告書 (3-1, 3-2, 3-3)		
様式 4	勤務証明書		
様式 5	推薦書		
様式 6	感染予防・管理の活動実績 事例要約		
様式 7	入学検定料振込金受領証のコピー貼付票		
その他 1	写真 3 枚 (様式 2 と様式 7 に貼って提出)		
その他 2	看護師免許証の写し		
その他 3	特定行為研修修了証の写し (B コースのみ)		
その他 4	受検票返信用封筒 (長形 3 号)		
その他 5	返信用レターパックプラス		
	出願資格	センター使用欄 (記入不要)	
1	日本国の看護師免許を有すること。		
2	日本国の看護師免許を取得後、通算 5 年以上の実務研修を有する者。		
3	通算 3 年以上、感染管理に関わる活動実績(感染対策委員会、ICT、リンクナース会等)を有する者。		
	感染予防・管理等において自身が実施したケア等の改善実績を 1 事例以上有する者。		
	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。		
	現在、医療施設等において専任又は兼任として感染管理に関わる活動に携わっていることが望ましい。		
	B コースの場合は、特定行為研修を修了もしくは 2026 年 3 月修了見込みであること。		

# 入 学 願 書

学校法人湘南ふれあい学園 湘南医療大学  
看護キャリア開発コアセンター センター長 殿

私は、学校法人湘南ふれあい学園湘南医療大学 認定看護師教育課程感染管理分野へ  
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。

\*希望 (     ) Aコース・(     ) Bコース (     ) 内に○をつけてください。

西暦                      年              月              日  
(書類の記載日を記入)

ふりがな  
氏 名 (自署)                      印

履 歴 書										写真貼付欄 正面上半身 (縦 4 cm×横 3 cm) 裏面に氏名記入	
ふりがな											
氏 名		男・女 西暦 年 月 日生 (満 歳)									
現 住 所		〒 ー  TEL ( ) 携帯電話 ( )									
勤務先	ふりがな										
	名称										
	所在地	〒 ー  TEL ( )									
	職種				職位						
免許取得年月日		看護師：西暦		年	月	日	第	号			
		保健師：西暦		年	月	日	第	号			
		助産師：西暦		年	月	日	第	号			
一般の最終学歴											
学 校 名						卒業年月 (西暦)			修業年限		
						年 月					
看護専門学歴											
学 校 名 (学部・学科等も記載すること)						卒業年月 (西暦)			修業年限		
						年 月					
						年 月					
						年 月					
						年 月					

\*氏名\_\_\_\_\_

# 実務研修報告書

## 1. 実務研修施設歴 (※受験者の経歴を記入する)

(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、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：
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) ※2026 年 3 月 31 日現在	
1-2) 全実務研修期間のうち感染管理認定分野に関わるもの (所属施設名、所属部署名、職位) ※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入する (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		
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：
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名：	職位：
感染管理認定分野歴合計	か月間 ( 年 か月) ※2026 年 3 月 31 日現在	

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2 か所とも記入する

\*氏名\_\_\_\_\_

## 2. 実務研修の実績 概要 (※受験者の経歴を記入する)

上記 1-2) 感染管理認定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	
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入する)	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:
その他	

## 3. 感染管理認定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入する(欄が不足の場合は様式をコピーしてご提出ください)。

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: ○○サーベイランス、△△サーベイランス)
3-2)感染管理の担当部署	(例: 感染対策室、看護部、ICT など)
3-3)感染対策における診療報酬の有無  ※1.が無の場合のみ、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入	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.高齢者施設等感染対策向上加算     ( I 、 II ) 4.障害者支援施設等感染対策向上加算     ( I 、 II ) (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
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  ※実務研修指導者: 上記該当者がいない場合のみ、受験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右記に記入	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等の氏名を記入

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入するか、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入する。

\*氏名\_\_\_\_\_

## 4. 学会および研修会などの実績

### 感染管理認定分野歴における実績

4-1) 主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）

4-2) 看護研究業績（学会及び研究会等での発表・学術誌投稿業績など）

## 5. 志 望 理 由

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

### 【 入試担当者チェック欄 】

- ☐ 免許取得後、通算 5 年以上実務研修をしている。（必須要件）
- ☐ 通算 3 年以上、感染管理に関わる活動実績（感染対策委員会、ICT、リンクナース会等）を有している。（必須要件）
- ☐ 感染予防・管理等において、自身が実施したケア等の改善実績を1事例以上有する。（必須要件）
- ☐ 医療関連感染サーベイランスについて計画から実施・評価まで担当した実績を 1 事例以上有する。（望ましい要件）
- ☐ 現在、医療施設等において、専任または兼任として感染管理に携わっている。（望ましい要件）

# 勤 務 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_

## 1. 在職期間

看護師  
保健師      として      西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  
助産師      \_\_\_\_\_ 日現在  
\_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

※在職中の場合は「日現在」に○を付けて下さい。

休職期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

在籍年数 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

勤務形態は( 常勤 ・ 非常勤 )

【右は勤務形態が非常勤の場合のみ記載】 1 日 \_\_\_\_\_ 時間で週 \_\_\_\_\_ 日勤務

## 2. 勤務した部署の具体的な特徴・経験年数

上記、相違ないことを証明します。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名

所在地

施設長名

印

(様式 5)

# 推 薦 書

年 月 日

学校法人湘南ふれあい学園湘南医療大学  
看護キャリア開発コアセンター センター長 殿

施設名

看護管理責任者

印

認定看護師養成課程「感染管理分野」の受講者として、次の者を推薦します。

ふりがな  
氏 名

生年月日 西暦 年 月 日生

職 位

推薦理由

--

\*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							
改善の根拠							
改善のための計画							
結果							

※入院中に受け持った患者、外来通院中に継続して関わった患者、施設入居中に継続して関わった方、訪問看護で担当した患者例であること。

(様式 7)

## 写真票

2026 年度 湘南医療大学

看護キャリア開発コアセンター認定看護師教育課程

* 受験番号	写真添付  正面上半身 (縦 4 cm × 横 3 cm) 裏面に氏名記入
ふりがな	
氏 名	
生年月日 西暦            年            月            日	

※受験番号には何も記入しないこと

## 受験票

2026 年度 湘南医療大学

看護キャリア開発コアセンター認定看護師教育課程

* 受験番号	写真添付  正面上半身 (縦 4 cm × 横 3 cm) 裏面に氏名記入
ふりがな	
氏 名	
生年月日 西暦            年            月            日	

※受験番号には何も記入しないこと

(切り取らないで下さい)

入学検定料振込金受領証のコピー

※添付してください