公益財団法人　星総合病院　高度専門教育センター
感染管理認定看護師教育課程
特定行為研修を組み込んでいる教育課程（B課程）

2025年度　受講試験出願書類一式

（1）受講出願書（様式1）

（2）履歴書（様式2）

（3）実務研修報告書（様式3）

（4）勤務証明書（様式4）

（5）感染予防・管理の活動実績　事例要約（様式5）

（6）受講試験料「ご利用明細票（振替受付票）」のコピー貼付票（様式6）

（7）緊急連絡先（様式7）

（8）推薦書（様式8）

（9）写　真（写真サイズ　縦4cm×横3cm）

※履歴書と同じものを2枚（3か月以内に撮影したもの）

（10）看護師免許証の写し（A4判に縮小したもの）

（11）特定行為研修修了証の写し

※出願前に特定行為研修を修了した方は提出してください。

（12）受験票返信用封筒（長形3号120mm×235mm）

「記入見本」を青文字で記載しています。参照してください。
書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意してください。

出願書類の記入にあたって

- 過不足なく記入すること。記入不十分の場合は受理できないこともあるため、注意してください。
- 自署以外は、パソコンで入力してください。訂正する場合は二重線を引き、訂正印を押してください。
- 枠内のスペースに納まるように記入してください。枠のサイズを変えたり様式を変更しないでください。
- 年号はすべて西暦表記としてください。
- 様式3で複数枚必要な時はコピーをとって使用してください。

出願書類	様式№	記入方法と注意事項
受講出願書	1	・氏名は自署で記入してください。
履　歴　書	2	・現住所右欄のTELは必ず連絡がとれるものを記入してください。固定電話が無い場合は、携帯電話番号を記入してください。 ・所属施設は正式名称を記入してください。 ・病床数は病院全体の数を記入してください。 ・学歴は高等学校卒業からとし、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入してください。進学課程を卒業している場合は、准看護学校も記入してください。 ・学歴欄に職歴を書かないでください。
実務研修報告書 1.　実務研修施設歴 2.　実務研修の実績概要 3.　認定看護分野歴における実務研修施設概要 4.　学会及び研修会等の実績 5.　志望理由	3	・「記入例（青文字）」を参照の上、記入してください。 ・看護師免許取得後（准看護師の期間は含めない）から2025年3月31日現在（見込み）までの職歴を記入してください。 ・看護実務研修注1)期間を記入し、連続で6か月以上の研修、進学、産休・育休及び病気療養等での休職、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は含めません。 ・看護の実務研修期間及び認定看護分野の実務研修期間は、通算勤務月数で計算してください注2)。計算間違いのないよう注意してください。 注1)看護実務研修とは、看護実務経験を意味します。 注2)勤務形態が非常勤の場合、150時間の勤務時間を実務研修1か月分として換算し、勤務月数を割り出してください。
勤務証明書	4	・病院長あるいは看護部長が発行したものを提出してください。 ・通算5年以上注3)の看護実績と専門分野の通算3年以上注3)の看護実績を証明する書類です。現在の職場で満たさない場合は、前職場の証明書も必要です。注3) 2025年3月31日現在での実績（見込み記入可） ・専門分野の看護実績を中心に、配属された部署の特徴と実績年数を具体的に記入してください。
感染予防・管理の活動実績事例要約	5	・最新の知見や自施設のサーベイランスデータなどに基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績を1事例要約する
受講試験料「ご利用明細票（振替受付票）」のコピー貼付票	6	・「ご利用明細票（振替受付票）」のコピーを貼付してください。 ・インターネットバンキングによる振り込みの方は「名義人名前、振込日、振込先銀行、振込先口座、振込金額」がわかる画面をプリントアウトし、貼付してください。

緊急連絡先	7	・災害などで受講試験の日程に変更が生じた場合に限り、高度専門教育センターから皆様へ通知させていただきます。（通知方法は、その時の状況で携帯メールまたは電話で行うかを判断します） ・必ず連絡がつく携帯電話の番号、メールアドレスを記載してください。
推薦書	8	・推薦者は、病院長あるいは看護部長等に相当する職位の方としてください。 ・氏名は自署で記入してください。
写　真	―	・写真の裏面に氏名とフリガナを記入したもの（履歴書と同じもの）を2枚提出してください。（カラー、脱帽、上半身、3か月以内に撮影）
看護師免許証の写し	―	・A4判に縮小コピーしてください。（裏面に記載のある人は両面コピーをしてください）
特定行為研修修了証の写し ※該当者のみ	―	・看護師特定行為研修を修了した方は提出してください。
受験票返信用封筒	―	・長形3号封筒120×235mmに基本料金と簡易書留郵便料分の切手を貼付し、 出願者の住所・氏名を明記してください。 郵便が必ず届くよう、正確に記入してください。マンション名等も必ず記入してください。

公益財団法人　星総合病院　高度専門教育センター
感染管理認定看護師教育課程

特定行為研修を組み込んでいる教育課程（B課程）

2025年度　受講試験

出願書類一式

＊次頁以降が出願書類です。

（2025：様式1）　　受講試験番号：

受 講 出 願 書

公益財団法人　星総合病院
高度専門教育センター長 殿

私は、公益財団法人星総合病院　高度専門教育センター感染管理認定看護師教育課程を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて提出します。

西暦　　年　　月　　日

西暦　　年　　月　　日 生

現住所　〒

TEL

氏名（自署）

（2025:様式2）　　受講試験番号:

履　歴　書

写真 貼付
（40×30mm）
3か月以内に
撮影したもので、
提出する2枚の写
真と同一の写真を
使用してください

※写真裏面に記名

西暦　　年　　月　　日現在

フリガナ		男 ・ 女
氏 名		印
生年月日	西暦　　年　　月　　日生（満　　歳）	

フリガナ		TEL
現住所	〒	携帯電話
フリガナ		施設概要
所 属 施設名		【病床数】　　床 【看護体制】　　対 1
所属施設 住　所	〒	TEL 所属部署もしくは内線番号 （　　） FAX
免許取得 年月日	保健師　西暦　　年　　月　　日	号
	助産師　西暦　　年　　月　　日	号
	看護師　西暦　　年　　月　　日	号

学　歴（高等学校卒業時から記入）＊西暦で記入してください	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

（2025:様式3）　　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）

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)

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)※2025年3月31日現在

1-2)うち認定看護分野歴(所属施設名、所属部署名、職位)
※所属部署名については、感染管理における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、感染対策チーム(ICT)メンバー、抗菌薬適正使用支援チーム(AST)メンバー、感染対策委員会(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)※2025年3月31日現在

注)合計欄は、1-1)、1-2)2か所とも記入してください。

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）

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、感染管理活動などについて担当した具体的な内容を記載してください。
注：活動実績がない場合、記載は不要。

医療関連感染サーベイランス　注：サーベイランスの実績がない場合、記載不要。
（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 ※カッコ内に記入（　　）

感染予防･管理活動
（感染対策チーム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
（病棟・部署内の学習会を含む）

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：

（2025:様式3）　　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

※実施しているものは、□に✔を記入してください。その他の項目は、カッコ内に記入してください

- □ 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（　　）

3-2）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　該当する箇所に〇印をつけてください。

※無の場合のみ、感染対策チーム配置の有無及び感染対策チーム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・外来）　・　無

【感染対策向上加算が無の場合】

感染対策チーム：　有・無
ミーティング　：　　回/年
ラウンド　　：　　回/年

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

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

実務研修指導者氏名：

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

（2025:様式3）　　受講試験番号:

4.学会及び研修会等の実績

認定看護分野歴における実績　年月日、学会名、研修名、演題名の順に記載

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（学会及び研究会等への発表・学術誌投稿業績など）

筆頭演者名（他〇名），演題，発表学術集会名，発表年月の順に記載

5.志望理由

（2025：様式4）　　受講試験番号：

勤 務 証 明 書

記入日：西暦　　年　　月　　日

受講試験出願者氏名：

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

常勤勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	（西暦）　年　月から	（西暦）　年　月迄	年　　か月	年　　か月
非常勤勤務期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期間
	（西暦）　年　月から	（西暦）　年　月迄	年　　か月	年　　か月
合計通算年数				年　　か月

○所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名：

職　位　名　*：

氏　　名：　　印

機関（施設）所在地：

T　E　L：

＊病院長あるいは看護部長名

（2025：様式5）　　受講試験番号：

感染予防・管理の活動実績事例要約（2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
評価

（2025：様式6）　　受講試験番号：

〔受講試験料「ご利用明細票（振替受付票）」のコピー貼付票〕

（注意事項）

- 銀行等金融機関に備え付けの「振込依頼書」に必要事項を記入の上、受講試験料50,000円を出願者本人名義または施設名で振り込んでください。振込後、受け取った「振込金受取書」のコピーを枠内に貼付してください。
- ATM、ネットバンキングでの振り込み可。また、ご利用明細票（コピー可）や振込控の画面等を下記の欄に貼付してください。これらの情報がない場合、振込確認ができないことがあります。

※窓口振込の場合、受付金融機関の日付印が押印されていることを確認してください。

※原本ではなく、印字が読み取れる状態のコピーを貼付してください。（縮小コピー可）
原本を貼付した場合、一度提出した書類の返却はできません。

（貼付欄）

・この枠内に剥がれないように貼付してください。

・枠より大きい用紙の場合は、枠内におさまるように折り曲げてください。

（2025：様式7）

緊 急 連 絡 先

◆緊急連絡先

災害などで受講試験の日程に変更が生じた場合に限り、高度専門教育センターから皆様へ緊急連絡をさせていただきます。（通知方法は、その時の状況で携帯メールまたは電話で行うかを判断します）

［注意事項］

① 携帯メールアドレスが間違っていますと連絡が出来ませんので、大きく楷書で判読できるようにご記入ください。

② 携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。

フリガナ	
氏 名	
施設名	
携帯メールアドレス	@
携帯電話番号	ー ー
上記以外で連絡のつく電話番号	ー ー （間柄 ）

注）この緊急連絡先の個人情報は受講試験終了後、シュレッダーにかけて破棄いたします。

（2025：様式8）

推 薦 書

（西暦）　　年　　月　　日

受講試験出願者氏名：

上記の者は，認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

推薦者氏名（自署）：

所属機関（施設）：

職位（名）：

所属機関住所：（〒　　－　　）

電話：

推薦理由（人物像、将来期待する事等）