（2024：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）※**2024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）※**2024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。

（2024：様式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）

　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： |

（2024：様式3） 　　　　　　　　　受講試験番号：

**3．認定看護分野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 |

（2024：様式3） 　　　　　受講試験番号：

|  |
| --- |
| **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○名），演題，発表学術集会名，発表年月の順に記載 |

**4．学会及び研修会等の実績**

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |