

2025 年度

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：B課程)

受講試験出願書類一式



AMG協議会 キャリアサポートセンター

出願書類チェックリスト

出願に係る下記の書類がすべてそろっているかを確認し、該当箇所に✓（チェック）してください。
なお、このチェックシートは提出する必要はありません。

No.	チェック項目	チェック
1	実務研修報告書（様式 1）	
2	勤務証明書（様式 2）	
3	事例実績証明・事例要約 感染予防・管理の活動実績事例要約（様式 3）	
4	看護師免許証の写し（A4 判に縮小したもの）	
5	履歴書用写真	
6	特定行為研修 臨地実習についての調査票（様式 4）	
7	履修免除及び授業料免除申請書（様式 5）	

【注意事項】

様式 1 については「記入見本」を参照すること。

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すること。

（2024 年 10 月 10 日修正）

出願書類の記入にあたって

- ◆ 過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないこともあるため、注意すること。
- ◆ 自署以外は、パソコンで入力すること。訂正する場合は、二重線及び訂正印を使用すること。
- ◆ 枠内のスペースにおさまるように記入すること。枠のサイズ等の変更はしないこと。
- ◆ 年号はすべて西暦表記とすること。
- ◆ 全ての書類は戸籍上の氏名で記載すること。

出願書類	様式	記入方法と注意事項
実務研修報告書	1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 記入見本を参照の上記入する。 ・ 看護師の免許取得後（准看護師の期間は含めない）から <u>2024 年 12 月 31 日現在</u>までの職歴を記載する。 ・ 看護実務研修^{注1} 期間を記載し、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ない。 ・ 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する^{注2}。<u>計算間違いのないよう注意する。</u> <p>注 1)看護実務研修とは、看護実務経験を意味する。</p> <p>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、勤務月数を割り出す。</p>
勤務証明書	2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設長あるいは看護部長が発行したもの。 ・ 現在の職場で、看護実績を通算 5 年以上^{注3} 満たし、及び専門分野の看護実績を通算 3 年以上^{注3} 満たす場合はその職場の証明だけでよい。満たさない場合はその前の職場の証明も必要。 ・ 専門分野の看護実績を中心に、配置された部署の特徴と実績年数を具体的に記入する。 <p>注 3) 2024 年 12 月 31 日現在の実績</p> <p>【例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染管理：ICU（スタッフ）2 年間、呼吸器外科等の混合病棟（リンクナース）2 年間、手術室（看護部感染対策委員）1 年間
事例実績証明・要約 （感染予防・管理の活動 実績事例要約）	3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、感染予防管理等において、自身が実施したケアの改善実績を 1 事例要約する。
免許証の写し（看護師）		<ul style="list-style-type: none"> ・ データにて用意する。
履歴書用写真		<ul style="list-style-type: none"> ・ 写真サイズ 40×30mm をデータにて用意する。 ・ 3 か月以内に撮影したもの <p>※この写真は受講証の写真として使用する。</p>

出願書類	様式	記入方法と注意事項
特定行為研修 臨地実習についての調査票	4	・ 臨地実習について自施設の状況を記入する。
履修免除及び授業料免除申請書	5	・ 既に特定行為研修の修了している者は申請書を記入する。
特定行為研修修了証の写し ※該当者のみ		・ 特定行為研修の修了者は修了証をデータにて用意する。

実務研修報告書

1. 実務研修施設歴 (※出願者の経歴を記載する)

1-1) 全実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位)							
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
合計					か月間 (年 か月) ※2024年12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、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	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
年	月	～	年	月	所属施設名：		職位：
	(	か月)			所属部署名：		
認定看護分野歴 合計					か月間 (年 か月) ※2024年12月31日現在		

注) 合計欄は、1-1)、1-2)2 か所とも記載する



(様式1)

受験番号： _____

氏 名： _____

2. 実務研修の実績 概要 (※出願者の経歴を記載する)

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	
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 ()

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)「感染対策向上加算」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	感染対策向上加算： 有(1 ・ 2 ・ 3) ・ 無 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	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.感染制御実践看護師： 有 (名) ・ 無

(様式Ⅰ)

受験番号： _____

氏 名： _____

4. 学会及び研修会等の業績

認定看護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(学会及び研究会等への発表・学術誌投稿業績など)

5. 志望理由



勤務証明書

記入日：西暦 年 月 日

申請者氏名：_____

○上記の者は当施設において、下記のとおり勤務している／したことを証明する。

(施設長あるいは看護部長が署名したものとする)

常勤勤務 期間	勤務期間		休業・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		休業・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

施設名：_____

職位名：_____

氏 名：_____

印

施設所在地：_____

TEL：_____



(様式3)

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						
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						

(様式3)

受験番号： _____

氏 名： _____

改善のための計画

実施

評価



特定行為研修 臨地実習についての調査票

特定行為研修は、主に e-ラーニング等の講義、演習と臨地実習を行います。講義や演習については当センターで実施予定です。臨地実習においては原則、受講生の所属施設（自施設）で行います。自施設で実習を行う利点として、実習中や教育課程修了後においても継続した指導医の指導やサポートのもとで、安全に特定行為の実践ができると考えています。

※自施設実習の場合は、本課程の特定行為研修協力施設として厚生労働省に届出が必要なため、その連絡や準備のサポートは当センターが行います。

※自施設で症例が経験できない、指導医が不在などの理由で自施設実習が困難な場合は、他施設実習を案内します。

区 分 名	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
特 定 行 為 名	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

区 分 名	感染に係る薬剤投与関連
特 定 行 為 名	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与

1. 上記の内容について、自施設での実習は可能ですか。

（可能な場合は、事前に当センターより実習の進め方についてご説明に伺います。）

- ① 可能 ② 不可能

2. 1の質問で「①可能」と回答された方へ

自施設で特定行為ごとに5症例以上の特定行為は可能ですか

- ① 可能 ② 不可能

3. 何かご質問・ご意見がございましたらご記入ください。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____

氏 名： _____ (印)

*施設長あるいは看護部長の直筆であること

(様式5)

受験番号：_____

記入日：(西暦) 年 月 日

履修免除及び授業料減免申請書

一般社団法人上尾中央医科グループ協議会
キャリアサポートセンター
センター長 林 勝枝 様

受付番号：

氏 名： ⑩

貴校の受講試験において合格が決定した場合には、下記科目につき履修免除及び授業料減免を希望するので、修了証の写しを添えて申請します。

記

科 目 名	修了年月日			
「共通科目」	(西暦)	年	月	日
「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」	(西暦)	年	月	日
「感染に係る薬剤投与関連」	(西暦)	年	月	日

添付書類：指定研修機関において発行された特定行為研修修了証の写し

〈注意〉「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を含む領域別パッケージ研修については、特定行為研修修了証に修了した特定行為の記載がない場合には、別途指定研修機関において発行された履修証明書を添付すること

以上

.....

【センター使用欄】

受験番号	センター長	担当者	受付日