受験番号　　　　　　　　　　　氏名

（様式５）

**実務研修報告書**

**１　全実務研修期間および実務研修施設名（職歴）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　　　　間 | | 所属施設名 | 職　位 |
| （西暦） 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |
| 非常勤（週　　 　 時間程度） | 年　か月 |
| （西暦） 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |
| 非常勤（週　　 　 時間程度） | 年　か月 |
| （西暦） 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |
| 非常勤（週　　 　 時間程度） | 年　か月 |
| （西暦） 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |  |  |
| 非常勤（週　　 　 時間程度） | 年　か月 |
| （西暦） 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |
| 非常勤（週　　 　 時間程度） | 年　か月 |
| （西暦） 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |  |  |
| 非常勤（週　　 　 時間程度） | 年　か月 |
| 合計　　　　　　　　　　　年　　か月 | | ※ 2024年３月末現在（予定）まで記入してください。 | |

※勤務形態は、「常勤」「非常勤」のどちらかに○をつけ、その年月数を記入してください。

**２　認定看護分野歴**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　　　　間 | | 所属施設名 | 所属部署名 | 感染に関連した役割 |
| （西暦）　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |
| 非常勤（週　 　 時間程度） | 年　か月 |
| （西暦）　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |
| 非常勤（週　 　 時間程度） | 年　か月 |
| （西暦）　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |
| 非常勤（週　 　 時間程度） | 年　か月 |
| （西暦）　　　　年　　月～　　　　年　　月 | |  |  |  |
| 常勤 | 年　か月 |
| 非常勤（週　 　 時間程度） | 年　か月 |
| 合計　　　　　　　　　　　年　　か月 | | ※ 2024年３月末現在（予定）まで記入してください。 | | |

※勤務形態は、「常勤」「非常勤」のどちらかに○をつけ、その年月数を記入してください。

**３　認定看護分野歴における実務研修施設の概要**

（1/3ページ）

２ページ目も記入してください。

（様式５）

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）。

**施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |
| --- |
| 施設で実施している内容に関して、下記の有無について□欄に✓をしてください。  （１）実施しているサーベイランス  血管内留置カテーテル関連血流感染　　□ 有　　□ 無  人工呼吸器関連感染　　　　　　　　　□ 有　　□ 無  尿道留置カテーテル関連尿路感染　　　□ 有　　□ 無  針刺し切創血液体液暴露　　　　　　　□ 有　　□ 無  手術部位感染　　　　　　　　　　　　□ 有　　□ 無  薬剤耐性菌　　　　　　　　　　　　　□ 有　　□ 無  その他 |
| （２）「感染対策向上加算」の算定  感染対策向上加算　　　　　　□ 加算１　　□ 加算２　　□ 加算３　　□ 無  あなたは　□専従者である　　□専任者である　　□ 兼任者である　　□該当なし |
| （３）施設の当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門・認定看護師の人数とその分野名称  　　　感染管理認定看護師の人数　　　名　　　感染症看護専門看護師の人数　　　名 　　　感染制御実践看護師の人数　　　名  　＊ **上記該当者がいない場合**のみ、受講申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を 受けた者の所属部署名・職名・氏名を記入してください。  　　　［実務研修指導者］所属部署名：  　職名：  　　　　　　　　　　　　　　　氏名： |

３ページ目も記入してください。

（2/3ページ）

**４　実務研修の実績概要**

（様式５）

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事例記載してください。

|  |
| --- |
| 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 |

（3/3ページ）