＊

**履　歴　書**

西暦　　　　年　　　　月　　　　日　現在

写真貼付

(縦4cm×横3cm)

裏面に氏名を記入すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 |
| 氏名（自署） |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日生（満　　　歳） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | TEL/FAX |
| 現住所 | 〒 | TEL携帯電話 |
| 所属機関名病床数 | 病床数（　　　　　　　　） |
| ふりがな |  | TEL/FAX |
| 所属機関住所 | 〒 | TEL携帯電話 |
| 免許取得年月日 | （保健師）西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日（助産師）西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日（看護師）西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 号号号 |
| **学歴（高等学校卒業から記入）** |
| 西暦　　　年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| **１　職歴（施設名・部署名・職位を含む）** |
| 西暦年　　月～2007年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：所属：職位： |
| 看護の実務経験年数（通算）　　　　年　　　カ月 |

|  |
| --- |
| **２　前記（職歴）における感染管理分野歴**（所属施設名・配置場所・感染管理内容） |
| 西暦年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 年　　月～　　　年　　月 | 年　　カ月 | 所属施設名：配置場所：感染管理内容： |
| 感染管理分野での経験年数　　　　　　年　　　　カ月 |

|  |
| --- |
| **３　感染管理分野における実務経験及び施設概要**※最低３年間の感染管理分野における施設の実績について記載。施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する。(様式をコピーして記入する。)施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設で実施しているサーベイランスの種類 |  |
| 感染管理コンサルテーション担当部署 |  |
| 「感染対策加算」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。 | 1. 感染対策加算：　有　・　無
2. １が無の場合

　ICTチーム：　有　・　無　ミーティング：　　　　　回/年　　　ラウンド：　　　回/年 |
| 感染管理分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の人数と分野名称※上記該当がいない場合のみ、受験申請者自身が感染管理分野の実務経験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

実務経験上の指導者： |

|  |
| --- |
| **４　ケア改善実績事例要約**前記「２感染管理分野歴」に記載した期間において、最新の知見や自施設のサーベイランスデータに基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績1例の要約 |
| ケア改善に取り組んだ期間　　　　　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| ケア改善に取り組んだ場所 |
| 改善事例の種類（該当する番号に○）１　侵襲的医療器具・処置に関連した感染防止技術の改善（該当する項目に✓）　　□血流感染防止　　□尿路感染防止　　□肺炎防止　　□手術部位感染防止２　環境整備３　針刺し防止４　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することが望ましい）※サーベイランスデータの記載は必須ではない |
| 改善のための計画 |
| 実施 |
| 評価 |

|  |
| --- |
| **５　学会および研究会発表等の業績について（感染管理に関するもの）** |
|  |

|  |
| --- |
| 【**教育機関チェック欄**】□免許取得後、通算5年以上実務経験があること。□上記の実務経験期間のうち通算3年以上の感染管理に関わる下記のような活動実績を有すること。最新知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善事例を1例以上有すること。医療関連サーベイランス（血流感染、尿路感染、肺炎、手術部位感染）について計画から実施・評価まで担当した実績をひとつ以上有することがのぞましい。□現在、専任また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。 |