|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記載しないでください |

実 務 経 験 報 告 書

1.　実務経験施設歴（※**受験者の経歴**を記載する）　**氏名：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (西暦で記入)  **1-1)　全実務経験期間および実務経験施設名**　（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： | |
| 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： | |
| 看護師歴合計 | | か月間（　　　　年　　　か月）　　**※出願時点** |
| **1-2）　1）のうち、感染管理分野の活動実績**（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  （　　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： | |
| 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： | |
| 感染管理分野歴合計 | | か月間（　　　　年　　　か月）　　**※出願時点** |

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2か所とも**記載する

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記載しないでください |

2．実務経験の実績 概要（※**受験者の経歴**を記載する）　　　　　　　　　　　　　　　**氏名：**

|  |  |
| --- | --- |
| 上記1-2）感染管理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： |