令和８年度（2026年）

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教育課程（Ｂ課程）

受講生募集要項

長野県看護大学
看護実践国際研究センター

目　　次

Ⅰ　募集人員・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
Ⅱ　出願資格・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
Ⅲ　出願手続・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
Ⅳ　選抜方法及び選考基準・試験会場・試験日時・試験内容・・・3
Ⅴ　合格発表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
Ⅵ　情報の開示・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
Ⅶ　納付（入）金・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
Ⅷ　個人情報の取り扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
Ⅸ　新型コロナウイルス感染症の影響等に関する注意事項・・・・4
Ⅹ　試験会場案内図・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
（出願書類）記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

● 出願関係様式（本学ホームページからダウンロードしてください。）

様式１　受講願書
様式２　実務研修報告書
様式３　認定看護分野における実務研修施設概要
様式４　実務研修実績概要
様式５　志望理由書
様式６　勤務証明書
様式７　推薦書
様式８　返信用あて名シート
様式９　出願用封筒表紙

Ⅰ　募集人員

分　野　名	募集人員
感 染 管 理	１５人

今年度の応募状況により、令和９年度は開講しない場合があります。

Ⅱ　出願資格

令和８年６月１日の時点で、次の各項に定める要件に該当する者。
なお、４については出願の時点で、要件を満たしていること。

□　要件

１　日本国の看護師免許を有すること
２　上記の免許取得後、通算５年以上の実務研修を有すること
３　通算３年以上、感染管理に関わる活動実績（感染対策委員会、ICT、リンクナース会等）を有すること
４　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事例以上有すること
５　医療関連感染サーベイランス実施における一連の流れを理解していることが望ましい
６　現在、医療施設等において、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

※出願資格の有無については、事前に書類審査を行います。

Ⅲ　出願手続

□　出願期間

令和７年 10 月 23 日（木）から 11 月 20 日（木）午後５時まで（必着）

□　出願方法

受講志願者は、（様式９）出願用封筒表紙を貼付した封筒〔角形２号（33cm×24cm)〕に出願書類等を入れて、郵送（書留郵便）または持参してください。
土・日曜日及び祝日は受付を行いません。

□　出願先

〒399-4117　長野県駒ヶ根市赤穂 1694 番地
長野県看護大学事務局教務・学生課
TEL　0265－81－5100

□　**出願書類等**（所定の様式は、本学ホームページからダウンロードしてください。）

様式	名　　称	作　成　方　法
1	受　講　願　書	必要事項を記入してください。様式２～４の作成にあたっては、記載例を参照してください。
2	実務研修報告書	
3	実務研修施設概要	
4	実務研修実績概要	
5	志　望　理　由　書	氏名欄は必ず自署してください。
6	勤　務　証　明　書	病院等施設が作成したものを提出してください。 １施設で実務経験の要件を満たさない場合は、複数施設分を提出してください。
7	推　　薦　　書	看護部長相当職者の方が作成したものを提出してください。
8	返　信　用　封　筒	用紙に必要事項を記入し、長形３号封筒（12cm×23.5cm）の表面に貼り、所定の欄に 410 円分の郵便切手を貼って提出してください。受験票の送付用に使用します。
9	出願用封筒表紙	必要事項を記入し、封筒〔角形２号(24cm×33cm)〕の表面に貼付してください。出願書類を郵送する場合は、書留相当額の切手を貼付してください。
	顔　　写　　真	２ 枚 縦４cm×横３cm の写真（無帽、上半身正面、出願前３ヶ月以内に単身で撮影したもの。ただしスナップ写真は不可）の裏面に氏名・生年月日をボールペンで記入してください。
	看護師免許証（写）	Ａ４サイズに縮小してください。
	受　講　審　査　料	50,000 円 ゆうちょ銀行が令和７年 10 月以降に振り出した『普通為替証書』を同封してください。 ただし、証書には一切何も記入しないで、振り出されたままの状態にしておいてください。

□　出願上の注意

１　出願書類を手書きで記入する場合は、黒のボールペンを使用してください。

２　必要な書類がすべて揃っていない場合には受付できませんので、出願の際には十分確認してください。

３　受講を許可した後であっても、出願書類の記載と相違する事実が発見された場合には、受講許可を取り消すことがあります。

４　出願受理後には出願事項の変更は認めません。ただし、氏名、住所、電話番号に変更があった場合には、本学事務局教務・学生課まで連絡してください。

５　いったん受理した出願書類及び受講審査料は、理由のいかんを問わず返還しません。

６　受験票が試験日１週間前までに返送されない場合は、本学事務局教務・学生課まで連絡してください。

Ⅳ　選抜方法及び選考基準・試験会場・試験日時・試験内容

□　選抜方法及び選考基準

受講者の選抜は、筆記試験・小論文及び面接試験により実施し、その成績を認定看護師教育部門入試委員会において審議し合否を決定します。

令和８年度は、応募者が多数の場合には、合格判定基準を満たす県内の在勤者を優先します。

□　試験会場（５ページの案内図参照）

長野県看護大学

長野県駒ヶ根市赤穂 1694 番地　TEL　0265－81－5100

□　試験日時・試験内容

試験期日	科目名	時　　間
令和７年 12 月４日（木）	筆記試験 （専門科目）	9：45～10：45（60 分）
	小 論 文	11：10～12：10（60 分）
	面　　接	13：00～16：00（予定）

□　専門科目の出題形式・内容

＜感染管理分野＞

１　感染症の病態・生理、治療及び診断に関する基礎的知識

２　感染の予防及び管理に関する基本的知識

３　感染の予防及び管理に関連した状況における思考力、判断力

□　受験上の注意

１　9 時 25 分より試験に関する注意事項等の説明がありますので、それまでに指定された試験室に入室し、着席してください。

２　試験開始後、20 分以内の遅刻に限り受験を認めます。

３　当日の持参品は次のとおりです。

(1) 受験票

(2) 筆記用具（鉛筆（シャープペンシル可）、消しゴム、鉛筆削り）

(3) 時計

(4) 昼食

４　大学構内でのマスクの着用については、感染の状況等を勘案しお知らせします。当日はマスクを持参してください。

５　宿泊が必要な場合には、各自で確保してください。

Ⅴ　合格発表

□　発表日時

令和７年 12 月 16 日（火）午前 10 時

□　発表方法

本学に合格者の受験番号を掲示するとともに、合格者にのみ合格通知書を郵送します。

また、本学ホームページにて合格者の受験番号が閲覧できます。

【ホームページアドレス】https://www.nagano-nurs.ac.jp

（注）電話による照会には一切応じません。

Ⅵ　情報の開示

長野県個人情報保護条例(平成３年３月 14 日条例第２号)第 10 条の規定により、受講選抜試験の自己の記録情報の開示を請求することができます。この場合、同第 11 条に規定する書面（自己情報開示請求書）を提出してください。

Ⅶ　納付（入）金

□　受講料

金　　額　　750,000 円（実習料を含む。ただし、実習中の交通費・宿泊費等は自己負担。なお、条例改正された場合は変更後の額となります。）

納付方法　　令和８年４月上旬に、本学から納入通知書を送付しますので、それにより令和８年４月 30 日までに納付してください。

Ⅷ　個人情報の取り扱い

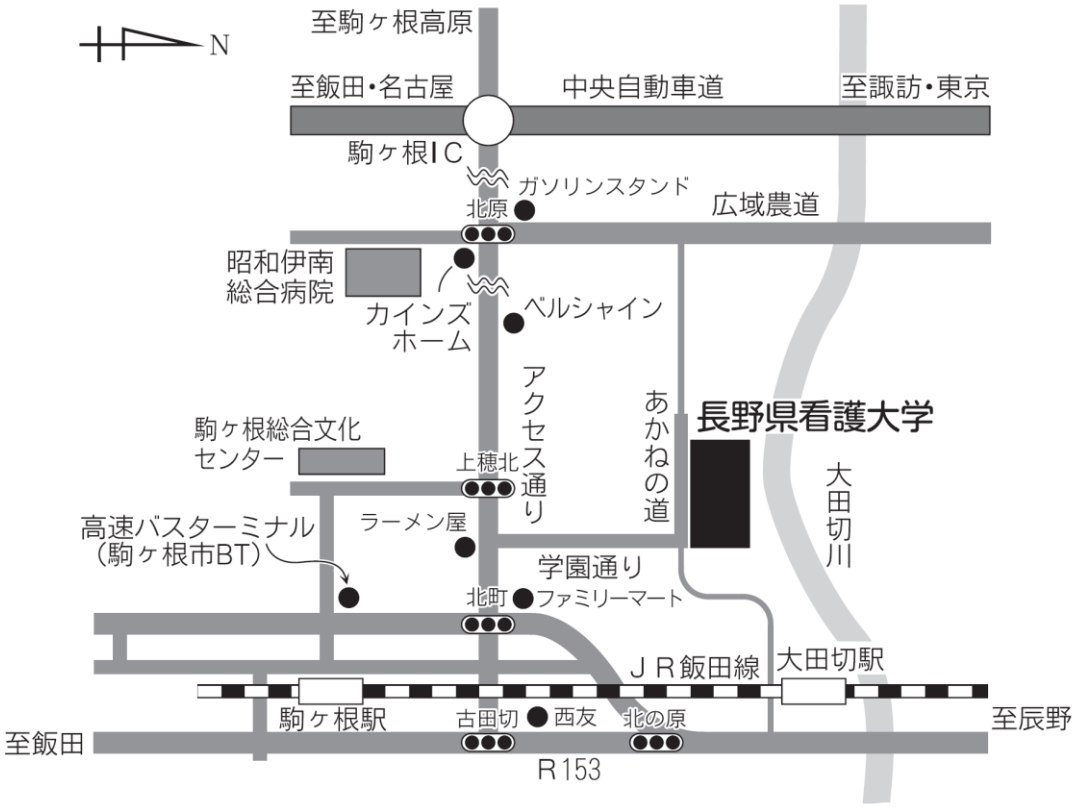
試験を通じて取得した個人情報は、本学の試験に係る用途以外に利用しません。他の目的での利用及び本学の関係教職員以外への提供を行いません。

Ⅸ　新型コロナウイルス感染症の影響等に関する注意事項

新型コロナウイルス感染症の発生状況等によっては、選抜の日程・方法を変更することもあります。その場合は、長野県看護大学ホームページに掲載します。

ホームページアドレス： https://www.nagano-nurs.ac.jp

X　試験会場案内図



■自動車利用　●中央自動車道駒ヶ根 IC から車で約 5 分

■高速バス利用

●名古屋　駒ヶ根市 BT	約 2 時間 40 分		
●新　宿　駒ヶ根 IC	約 3 時間 30 分		
●新　宿　駒ヶ根 BT	約 3 時間 50 分	駒ヶ根 IC から徒歩約 40 分	
●大　阪　駒ヶ根市 BT	約 4 時間 40 分	駒ヶ根 BT から徒歩約 15 分	
●長　野　駒ヶ根 IC	約 2 時間 30 分		
●長野道松本　駒ヶ根 IC	約 1 時間		

■JR 飯田線利用　●駒ヶ根駅下車徒歩約 15 分(タクシー利用で約5分)

●大田切駅下車徒歩約 10 分

■飛行機利用　●福岡、札幌から信州まつもと空港へ約 1 時間 30 分

□　記載例

（様式２）

氏名	*長野　花子*	受験番号	※

実 務 研 修 報 告 書

1　実務研修

1)　全実務研修期間および実務研修施設名（所属施設名、職位）	
*2010*年　*4*月～　*2013*年　*3*月 （ *36* ヶ月間）	所属施設名：*〇〇大学附属〇〇〇〇病院* 職位：*スタッフナース*
*2013*年　*4*月～　*2015*年　*3*月 （ *24* ヶ月間）	所属施設名：*〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院* 職位：*スタッフナース*
*2015*年　*4*月～　*2020*年　*3*月 （ *60* ヶ月間）	所属施設名：*〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院* 職位：*主任*
*2020*年　*4*月～　*2026*年　*5*月 （ *74* ヶ月間）	所属施設名：*〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院* 職位：*師長*
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 職位：
合　計	*194* ヶ月間
2)　うち認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位）	
*2018*年　*4*月～　*2020*年　*3*月 （ *24* ヶ月間）	所属施設名：*〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院* 所属部署名：*消化器外科病棟* 職位：*主任*
*2020*年　*4*月～　*2026*年　*5*月 （ *74* ヶ月間）	所属施設名：*〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院* 所属部署名：*消化器外科病棟* 職位：*師長*
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合　計	*98* ヶ月間

（注）１　西暦で記入してください。
　　２　記入欄が不足する場合は、適宜行を追加してください。
　　３　※印欄には記入しないでください。

□　記載例
（様式３）

氏名	*長野　花子*	受験番号	※

認定看護分野における実務研修施設概要

１　感染管理分野における実績：施設名（　*〇〇法人〇〇会〇〇〇〇病院*　）

1)　実施しているサーベイランスの種類	□血管内留置カテーテル関連血流感染 ☑尿道留置カテーテル関連尿路感染 ☑手術部位感染 □人工呼吸器関連感染 □その他（　　）
2）感染管理の担当部署	*感染制御室*
3）「感染対策向上加算」の有無 ※無の場合のみ、ICT 配置の有無および ICT ミーティングやラウンドの年間回数を記載する。	1．感染対策向上加算　(有)（(1)・２・３）・無 ※1.が無の場合は以下を記載 感染対策チーム（ICT）　(有)　・　無 ミーティング　平均　*12*　回／年　程度 ラウンド　平均　*24*　回／年　程度
4）感染管理分野の認定看護師およ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、受講志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	感染管理認定看護師　(有)（*1*名）・　無 感染症看護専門看護師　有（　　名）・　(無) 実務研修指導者： *教育担当師長、感染管理分野における経験５年以上を有する主任等*

4)の※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、該当がない場合には部署の師長か主任等で感染管理分野の経験が５年以上ある者から指導を受けたこと、あるいは施設外の認定看護師からの指導があったことを記載してください。

２　実務研修の実績

最新の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実績を一つ記載してください。

改善したケア	改善の根拠や理由	改善方法（具体的に）	改善した結果・評価

自身が中心となって実施したケアの改善実績について、改善したケア、改善の根拠や理由、具体的な改善方法、改善した結果及び評価を、簡潔に記載してください。なお、サーベイランスデータの記載は必須ではありません。

（注）※印欄には記入しないでください。

□　記載例

（様式４）

氏名	*長野　花子*	受験番号	※

実務研修実績概要

認定看護分野歴に記載した期間において、受講志願者自身が実施した内容を記載すること

1）実施したサーベイランスの有無とその種類 ※計画立案、実施および評価までを実施した項目にチェックをすること	有　・　無　（どちらかに〇をしてください。） □血管内留置カテーテル関連血流感染 □尿道留置カテーテル関連尿路感染 □手術部位感染 □人工呼吸器関連感染 □その他（　　）
2）感染予防・管理活動 *具体的活動内容を記載してください。ICT やリンクナース会などのチーム活動も含まれます。*	
3）感染予防・管理に関する研修会等の企画、実施 *複数の研修会を実施している場合には主なものについて、記載してください。*	対象： 内容：
4）感染予防・管理に関わるマニュアル等の作成 *作成物には、マニュアルの他、関連する掲示物や手順書等も含まれます。*	作成物： 内容：

※受講志願者本人は、以下にチェックをしないでください。

教育課程記入欄

□　看護師免許取得後、通算５年以上実務研修をしている。（必須要件）
□　通算３年以上、感染管理に関わる活動実績を有している。（必須要件）
□　感染予防・管理等において、実施したケアの改善実績を１事例以上有する。（必須要件）
□　医療関連感染サーベイランス実施における一連の流れを理解している。（望ましい要件）
□　現在、医療施設等において、専任または兼任として感染管理に携わっている。（望ましい要件）

（注）１　１頁以内で作成してください。
　　２　※印欄には記入しないでください。

受験番号	※

（様式１）

令和８年度 長野県看護大学 認定看護師教育課程 受講試験 受講願書

ふりがな		性別	生年月日	年　月　日生（満　歳）
氏　名		男・女		
住　所	〒　－	電話番号	－	－
	都　道 府　県			
緊　急 連絡先	〒　－	電話番号	－	－
	都　道 府　県			
所　属 機関名		【病床数】 床		
所属機関 住　所	〒　－	電話番号 FAX 番号	－　－ －　－	
	都　道 府　県			

免許取得 年　月 (免許番号)	看　護　師 年　月 （　）	保　健　師 年　月 （　）	助　産　師 年　月 （　）

学　歴 ※高校卒業(高卒認定試験)以降を記入してください。	年　月	
	年　月	
	年　月	
	年　月	
	年　月	
	年　月	

（注）１　西暦で記入してください。
　　２　職歴は次頁に記入してください。
　　３　記入欄が不足する場合は、適宜行を追加してください。
　　４　※印欄には記入しないでください

職　　歴	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	

（注）１　最終の職歴欄には、（現在に至る）を記入してください。
　　２　記入欄が不足する場合は、適宜行を追加してください。

（様式２）

氏名		受験番号	※

実 務 研 修 報 告 書

1　実務研修

1)　全実務研修期間および実務研修施設名（所属施設名、職位）	
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 職位：
合　計	ヶ月間
2)　うち認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位）	
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年　月～　年　月 （　ヶ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合　計	ヶ月間

（注）１　西暦で記入してください。
　　２　記入欄が不足する場合は、適宜行を追加してください。
　　３　※印欄には記入しないでください。

（様式３）

氏名		受験番号	※

認定看護分野における実務研修施設概要

１　感染管理分野における実績：施設名（　　）

1)実施しているサーベイランスの種類	□血管内留置カテーテル関連血流感染 □尿道留置カテーテル関連尿路感染 □手術部位感染 □人工呼吸器関連感染 □その他（　　）
2）感染管理の担当部署	
3)「感染対策向上加算」の有無 ※無の場合のみ、ICT 配置の有無および ICT ミーティングやラウンドの年間回数を記載する。	1. 感染対策向上加算　有（ １・２・３ ）・無 ※1.が無の場合は以下を記載 感染対策チーム（ICT）　有　・　無 ミーティング　平均　回／年　程度 ラウンド　平均　回／年　程度
4）感染管理分野の認定看護師およ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、受講志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	感染管理認定看護師　有（　名）・　無 感染症看護専門看護師　有（　名）・　無 実務研修指導者：

4)の※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、該当がない場合には部署の師長か主任等で感染管理分野の経験が５年以上ある者から指導を受けたこと、あるいは施設外の認定看護師からの指導があったことを記載してください。

２　実務研修の実績

最新の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実績を一つ記載してください。

改善したケア	改善の根拠や理由	改善方法（具体的に）	改善した結果・評価

（注）※印欄には記入しないでください。

（様式４）

氏名		受験番号	※

実務研修実績概要

認定看護分野歴に記載した期間において、受講志願者自身が実施した内容を記載すること

1）実施したサーベイランスの有無とその種類 ※計画立案、実施および評価までを実施した項目にチェックをすること	有 ・ 無 （どちらかに〇をしてください。） □血管内留置カテーテル関連血流感染 □尿道留置カテーテル関連尿路感染 □手術部位感染 □人工呼吸器関連感染 □その他（ ）
2）感染予防・管理活動 ※具体的活動内容を記載。ICT やリンクナース会などのチーム活動を含む	
3）感染予防・管理に関する研修会等の企画、実施	対象： 内容：
4）感染予防・管理に関わるマニュアル等の作成	作成物： 内容：

※受講志願者本人は、以下にチェックをしないでください。

教育課程記入欄

□ 看護師免許取得後、通算５年以上実務研修をしている。（必須要件）
□ 通算３年以上、感染管理に関わる活動実績を有している。（必須要件）
□ 感染予防・管理等において、実施したケアの改善実績を１事例以上有する。（必須要件）
□ 医療関連感染サーベイランス実施における一連の流れを理解している。（望ましい要件）
□ 現在、医療施設等において、専任または兼任として感染管理に携わっている。（望ましい要件）

（注）１ １頁以内で作成してください。
２ ※印欄には記入しないでください。

（様式５）

氏名		受験番号	※

志　望　理　由　書

（注）１　氏名欄は必ず自署してください。
　　２　１頁以内で作成してください。
　　３　横書きで記入してください。
　　４　※印欄には記入しないでください。

（様式６）

受験番号	※

勤　務　証　明　書

年　　月　　日

申請者氏名：

○　上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

区　　分	勤 務 期 間		休職期間	通算勤務期間
常　　勤	年　　月～　　年　　月		年　　ヶ月	年　　ヶ月
非　常　勤	年　　月～　　年　　月		年　　ヶ月	年　　ヶ月
	勤務形態	１日　　時間、週　　日勤務		
合計通算年数				年　　ヶ月

○　所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名　　：

職位名　　：

氏　名　　：　　㊞

機関（施設）所在地：

TEL：

（注）１　病院長あるいは看護部長の職位にある方がご記入ください。
　　２　西暦で記入してください。
　　３　※印欄には記入しないでください。

（様式７）

受験番号	※

推　　薦　　書

年　　月　　日

申請者氏名：

認定看護師教育課程（感染管理分野）受講生として、上記の者を推薦します。

機関（施設名）：
職　位　名　　：
推薦者氏名　　：　　㊞

推薦理由（研修修了後の進路や、期待される役割などを記入してください。）

（注）１　看護部長相当の職位にある方がご記入ください。
　　２　西暦で記入してください。
　　３　※印欄には記入しないでください。

（様式８）

410 円分の
切　手

□□□－□□□□

都　道　　郡
府　県　　市

様

長野県看護大学 認定看護師受講試験 受験票　在中

〒399-4117　長野県駒ヶ根市赤穂１６９４
長野県看護大学　教務・学生課
電話番号　0265-81-5100

（注）
１　必ずボールペンで記入してください。
２　あなたの郵便番号・住所・氏名を正確に記入してください。マンション等の場合は、建物名・棟・号室まで正しく記入してください。
３　点線部分で切り取り、長形３号封筒（12cm×23.5cm）の表面に貼り、所定の欄に 410 円分の郵便切手を貼って提出してください。受験票の送付用に使用します。

（様式９）

書留相当額の切手を貼付すること。

3 9 9-4 1 1 7

長野県駒ヶ根市赤穂 1694 番地

長 野 県 看 護 大 学

事務局 教務・学生課　行

書　留

令和８年度（2026 年）　認定看護師受講試験

志願者	住所	〒　　－　　　　TEL（　　）　　－
	氏名	

○同封書類チェック表

様式	書類等	✔	様式	書類等	✔
1	受講願書		7	推薦書	
2	実務研修報告書		8	連絡用あて名用紙	
3	実務研修施設概要			顔写真（２枚）	
4	実務研修実績概要			看護師免許証（写）	
5	志望理由書			受講審査料	
6	勤務証明書				

（注）１　必要事項を記入し、封筒〔角形２号（24cm×33cm)〕の表面に貼付してください。
　　２　郵送する場合は、書留相当額の切手を貼付してください。

出願・受験・その他に関する問合せ先

長野県看護大学 事務局 教務・学生課

〒399-4117　長野県駒ヶ根市赤穂 1694 番地

TEL：0265-81-5100

FAX：0265-81-1256

ホームページ：https://www.nagano-nurs.ac.jp