

認定研修施設申請書

認定臨床微生物検査技師制度
 研修施設認定委員会委員長 殿

このたび、認定研修施設として認定を受けたく、申請いたします。

申請施設	名 称	
	住 所	
勤務認定臨床微生物検査技師名および認定番号		
臨床微生物学に関する教育指導体制		認定臨床微生物検査技師 ○名が指導にあたる
修得しうる臨床微生物検査関連業務内容		塗抹検査(グラム染色、抗酸菌染色)、遺伝子検査、培養同定検査、薬剤感受性検査(ディスク法、MIC測定)
研修に関する要員、施設、機器など		指導要員○名、自動細菌同定感受性装置、安全キャビネット、培養フラン器(好気性、嫌気性、炭酸ガス)
参加外部精度管理		日本臨床衛生検査技師会精度管理、○○県臨床衛生検査技師会精度管理
医学図書室の有無		
診療記録管理室の有無		
年間取り扱い検体数		
病院感染対策委員会の組織概要		組織図など添付しても可

西暦 年 月 日

施設長名

印

認定臨床微生物検査技師名

印