ICMT認定申請書2

病院感染制御活動記録証明書

ICMT協議会　御中

西暦　　 　年 　　月 　　日

申請者氏名： 印

以下の感染制御活動で少なくとも1年間の活動実績がある項目に○印をつけてください。

※d～gは『認定臨床微生物検査技師制度指定カリキュラムのセクションⅢ』に該当するものとする。

※d,e,fは証明できる資料を添付すること。

※gは下の空欄に内容を記載すること（別紙添付可）

a．感染対策委員会、感染対策チーム（ICT）などが開催する感染制御に関する会議への参加

b．菌検出状況、薬剤感受性データ等の統計資料作成および解析結果の報告

c．病棟等へのラウンド活動

d．学生の臨地実習における感染制御に関する教育

e．医療施設における感染制御に関する研修会の講師

f．教育施設における感染制御学の教育

g．感染制御活動の実践

　上記の者は、当院においてICT・感染対策委員会委員またはそれに準ずる活動があったことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　証明者の施設・所属：

　　　　　　　　　　　　　　証明者の役職※：

　氏名 　 　 　 　印

（※ICTの責任者・感染対策委員会委員長・病院長など）