書式1

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 |  |
|
| 修得しうる臨床微生物検査関連業務内容 |  |
|
| 研修に関する要員、施設、機器など |  |
|
| 参加外部精度管理 |  |
|
| 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 |  |

 西暦 年 月 日

施　設　長　名 　　　　　 　印

　　　　　　　　　　 　　　　　　 認定臨床微生物検査技師名 印