

病院感染制御活動記録証明書

日本臨床微生物学会  
ICMT 認定審査委員会 御中

西暦 年 月 日

申請者氏名： \_\_\_\_\_ 印

感染制御に関する院内辞令をお持ちの場合は、以下の職名に丸印をおつけ下さい。

ICT 構成員 ・ 感染対策委員会委員 ・ 感染管理者等

その他( )

感染対策に関する活動内容についてご記入下さい。

上記の者は、当院において感染対策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 所属医療機関名；

証明者 役職（感染対策委員長・院長・ )

氏名： \_\_\_\_\_ 印