認定臨床微生物検査技師・ICMT更新申請書4

（施設異動者用）

病院感染制御活動記録証明書

ICMT協議会　御中

西暦　　 　年 　　月 　　日

前施設名：

住　　所：

最終在籍：西暦　　 　年 　　月 　　日まで

前施設から証明を受けることができない理由をご記入下さい。

前施設での感染対策に関する活動内容について、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

過去5年間、前施設においてICT・感染対策委員会委員、学生への感染制御に関する教育・指導またはそれに準ずる活動をしていたため、申請いたします。

申請者氏名： 印