感染制御認定・様式2

感染制御活動に従事していることの証明書

|  |
| --- |
| 一般社団法人　日本病院薬剤師会  　感染制御専門薬剤師部門認定審査委員会　御中  申請者氏名  　　　上記の者は、本施設において、　　　　　　年　　　月　から   * 現在まで * 年　　月まで   　　　　施設内の感染制御活動（院内感染防止対策委員会、院内感染対策チーム、抗菌薬適正  使用支援チーム（以下、委員会・チーム）の一員、委員会・チームと連携した活動、あ  るいは他施設の委員会・チームと連携した活動など）に従事していたことを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　施設名  　　　　　　　　　　　　　　　所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（直筆の場合、押印は不要です） |

|  |
| --- |
| その他、特記すべき事項があれば、記入してください。 |

※１　複数の施設をまたぐ必要がある場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明してください｡※２　申請者が所属長の場合は、施設長の証明としてください。

※３　医学・薬学系大学院博士課程修了者（４年制課程に限る・社会人大学院を除く）は、個別審査の上、「薬剤師としての実務経験年数」及び「感染制御活動従事年数」に、２年を算入することができますので、感染制御に関する博士論文のコピー及び、大学院修了証明書のコピーを提出してください。