

感染専門医療従事者養成プログラム参加希望の方

院内研修を行うため、**所属施設長の公印**を押印し、＜様式1＞＜様式2＞に必要事項をご記入後、「徳島大学病院感染制御部」宛で**郵送**にてご送付お願い致します。

※当プログラムは、3ヶ月ごとの受付といたします。

施設ごとに1枚提出して下さい。(郵送)

記入例

＜様式1＞

年 月 日

徳島大学病院長 殿

必ず押印して下さい

施設名 ○○○○

施設長 ○○ ○○

公印

感染専門医療従事者養成プログラムの受講に伴う視察研修ついて(依頼)

貴院主催の感染専門医療従事者養成プログラムに伴う下記視察研修に当院職員の受講を認めて頂きたくご依頼申し上げます。

記

日時は変更しないで下さい

1:日時 2020年4月1日～2021年3月31日

2:視察内容及び視察場所

1)環境ラウンド

木曜または金曜 15:00～ ※場所・時間等変更あり

2)抗菌薬ラウンド・カンファレンス 薬剤部薬品安全対策室

毎週火曜 16:00～

3)細菌検査部実習 細菌検査部(中央診療棟3階)

随時 2ヶ月に1回 火曜 14:00～

4)感染症セミナー カンファレンス室(西病棟6階)

毎週火曜 14:00～15:00

3:受講者名 職種 看護師 氏名 徳島 花子

職種 薬剤師 氏名 鳴門 太郎

職種 氏名

職種 氏名

職種 氏名

職種 氏名

受講者ごとに1枚提出して下さい。

記入例

＜様式2＞

感染専門医療従事者養成プログラム登録用紙 (記入・提出必須)

- 職種は何ですか？
 医師 看護師 薬剤師 検査技師 介護福祉士 その他()
 - 感染の専門資格を持っていますか？また、取得予定・希望はありますか？
 はい いいえ
 - 「はい」と答えた方は、以下より選んで下さい。(複数選択可)
- | | 資格取得あり | 予定 | 希望 |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|----|
| ◆ 感染症専門医 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ 感染症指導医 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ ICD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ 抗菌化学療法認定医 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ ICN(感染管理認定看護師) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ 感染制御認定薬剤師 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ◆ 感染制御専門薬剤師 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ HIV感染症薬物療法認定薬剤師 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ HIV感染症専門薬剤師 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ 抗菌化学療法認定薬剤師 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ◆ 感染制御認定臨床微生物検査技師 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ 認定臨床微生物検査技師 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ 歯科・院内感染予防対策認定医 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ 院内感染予防対策認定歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ◆ 感染管理介護福祉士 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

すべてご記入下さい

施設名	徳島○○病院			
施設住所	徳島県徳島市○○町○番地			
連絡先	TEL	088-×××-××××	FAX	088-△△△-△△△
登録者名	徳島 花子			
メールアドレス	tokushima@○○123456.jp			

エントリーされる方は、感染制御部 人材養成事業担当 までお申込みください。

後日、ID・パスワードをご連絡いたします。

送付先 〒770-8503 徳島市蔵本町2丁目50-1 徳島大学病院 感染制御部

E-mail kansen@tokushima-u.ac.jp

F A X 088-633-9629