

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  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"/>

すべてご記入  
ください

医療機関名	徳島〇〇病院			
医療機関住所	徳島県徳島市〇〇町〇番地			
連絡先	TEL	088-×××-××××	FAX	088-△△△-△△△
登録者名	徳島 花子			
メールアドレス	tokushima@〇〇123456.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

5年間、講義・実習の案内を配信します。(5年後は更新制となります)