＜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）

1.　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（　　）

2.　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

3.　「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	☐	☐
◆ 感染症指導医	☐	☐
◆ ICD	☐	☐
◆ 抗菌化学療法認定医	☐	☐
◆ ICN（感染管理認定看護師）	☐	☐
◆ 感染制御認定薬剤師	☐	☐
◆ 感染制御専門薬剤師	☐	☐
◆ HIV感染症薬物療法認定薬剤師	☐	☐
◆ HIV感染症専門薬剤師	☐	☐
◆ 抗菌化学療法認定薬剤師	☐	☐
◆ 感染制御認定臨床微生物検査技師	☐	☐
◆ 認定臨床微生物検査技師	☐	☐
◆ 歯科・院内感染予防対策認定医	☐	☐
◆ 院内感染予防対策認定歯科衛生士	☐	☐
◆ 感染管理介護福祉士	☐	☐

医療機関等施設名				
医療機関等施設住所				
連　絡　先	TEL		FAX	
登　録　者　名				
メールアドレス				

エントリーされる方は，感染制御部　人材養成事業担当者　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　t.karasumi@tokushima-u.ac.jp

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）