

ICD認定申請書

※申請番号

ICD制度協議会 御中

※は記入しないで下さい。

年 月 日

フリガナ

申請者氏名

印

生年月日：(西暦) 年 月 日生
性別：男 ・ 女 (○を付けて下さい。)

現住所 〒

勤務先住所 〒

勤務先名

役職

TEL： ()
E-mail：

FAX： ()

日本感染症学会専門医の方は認定番号をご記入ください。()

医籍登録または博士号取得年月日 (いずれかに○をつけて取得年月日を記入して下さい。)

- ・ 医師免許証 取得年月日：S・H 年 月 日
- ・ 博士号

推薦希望学会 (1つのみ○をつけて下さい。)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本感染症学会 ・ 日本環境感染学会 ・ 日本医真菌学会 ・ 日本ウイルス学会 ・ 日本寄生虫学会 ・ 日本細菌学会 ・ 日本化学療法学会 ・ 日本小児感染症学会 ・ 日本外科感染症学会 ・ 日本骨・関節感染症学会 ・ 日本臨床寄生虫学会 ・ 日本臨床微生物学会 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本臨床微生物学会 ・ 日本眼感染症学会 ・ 日本救急医学会 ・ 日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会 ・ 日本歯科薬物療法学会 ・ 日本集中治療医学会 ・ 日本性感染症学会 ・ 日本口腔感染症学会 ・ 日本呼吸器学会 ・ 日本結核病学会 ・ 日本ペインクリニック学会 |
|--|--|

感染制御活動記録一覧表（1）

ICD制度協議会 御中

年 月 日

申請者氏名

感染対策委員またはそれに準ずる活動

感染制御に関する活動内容について具体的にご記入下さい。
※活動年を記載すること。

上記の者は、当施設において感染対策委員またはそれに準ずる活動があったことを証明します。

証明者所属：

役職：（感染対策委員長・施設長）○を付けて下さい。

氏名：

印

感染制御活動記録一覧表（2）

ICD制度協議会 御中

年 月 日

申請者氏名

本協議会主催の講習会または厚生労働省の委託による院内感染対策講習会の参加実績が3回（45点）以上あること。（受講日および講習会名を記載すること、また参加証添付のこと）

※ICD講習会は早退・遅刻により点数が異なります。ご確認ください。

1) 講習会名：

開催年月日：

2) 講習会名：

開催年月日：

3) 講習会名：

開催年月日：

所属施設長の推薦状

ICD制度協議会 御中

年 月 日

申請者氏名

上記の者は、本施設の所属であり、感染制御に造詣が深いことから、ICDにふさわしいと考え推薦いたします。

施設名：

施設長名：

公印

年 月 日

所属学会の推薦状

ICD制度協議会 御中

年 月 日

申請者氏名

上記の者を本学会員であることを証明し、ICDにふさわしいと考え推薦いたします。

推薦者

学会名：

役 職：理事長・会長・（ ）

氏 名：

印

年 月 日