ICD認定申請書

※ 申請番号＿＿＿＿＿＿＿＿

※は記入しないで下さい。

ICD制度協議会　御中

年　　月　　日

フ リ ガ ナ
申請者氏名　　㊞

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

所属部署名

TEL：　　（　　）　　FAX：　　（　　）
E-mail：

感染症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。）

・日本感染症学会
・日本ウイルス学会
・日本化学療法学会
・日本骨・関節感染症学会
・日本眼感染症学会
・日本歯科薬物療法学会
・日本口腔感染症学会
・日本有病者歯科医療学会
・日本リウマチ学会
・日本神経感染症学会
・日本環境感染学会
・日本寄生虫学会
・日本小児感染症学会
・日本臨床寄生虫学会
・日本救急医学会
・日本集中治療医学会
・日本呼吸器学会
・日本ペインクリニック学会
・日本病院総合診療医学会
・日本口腔ケア学会
・日本医真菌学会
・日本細菌学会
・日本外科感染症学会
・日本臨床微生物学会
・日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会
・日本性感染症学会
・日本結核・非結核性抗酸菌症学会
・日本麻酔科学会
・日本臨床検査医学会

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

＊感染対策実務歴チェック表（合計５点以上となるよう選択して下さい）

【平時の感染対策：１項目５点】

□感染対策チーム（ICT）として定期的なラウンド
□病院感染の定期的な実態調査（サーベイランス）
□病院感染対策の立案と実施（感染対策委員会のメンバー）
□抗菌薬の適正使用チーム（AST）として定期的なラウンド
□対策の評価および対策の見直し
□血液培養陽性者への定期的な対応
□周術期患者の定期的な感染管理
□その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【臨時の感染対策：１項目２点】

□病院感染多発（アウトブレイク）時の対応
□職員の教育・啓発
□耐性菌発生時の対応
□ワクチン接種
□インフルエンザ発生時の対応
□伝染性感染症発症時の対応
□手指衛生の推進
□体液汚染事故時の対応
□結核発生時の対応
□その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

チェックした項目について、具体的な内容（詳細、頻度、回数等）を枠内に記載して下さい。

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）〇を付けて下さい。

氏名：　　㊞

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。ご確認下さい。

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：

感染制御活動記録一覧表（３）

ICD制度協議会　御中

年　　月　　日

申請者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

感染制御に関する学術論文または学会・研究会発表（筆頭１編または共同２編）

申請該当項目にチェック

□筆頭著者：１編　　□筆頭演者：１編

□共同著者：２編　　□共同演者：２編　　□共同著者+共同演者：計２編

・論文の場合：下記枠内に雑誌名・論文タイトルを記載する。
学術論文の表紙、論文のタイトル・著者名・所属名・要旨が記載されている頁のコピーを添付する。

※学会誌またはレフリー制度の整った学術誌に掲載されたものであること。

※オンラインジャーナルなど表紙がない場合は、雑誌名・巻・号・出版年が分かる頁のコピーを添付すること。

・発表の場合：下記枠内に学術集会名・会期・演題名を記載する。
抄録（プログラム）の表紙、本文のコピーを添付する。

※発表予定では認められません。（会期前不可）

※２編が同じ内容の場合は認められません。

申請内容を記載して下さい。

・

タイトル：

・

タイトル：

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