

## 所属施設（診療部）内での活動証明書

申請者氏名：

---

職 位：

---

上記のものは所属施設（診療部）内において組織的、系統的に外科周術期感染管理活動をおこなっていることを証明します。

施設長・所属部長（申請者本人の場合は、「本人」と記載）

氏 名：

---

所属施設名：

---