

日本外科感染症学会  
外科周術期感染管理医認定制度

外科周術期感染管理教育施設認定申請書

申請番号 \_\_\_\_\_

※記入しないで下さい

1. 申請施設

施設名：

住 所：

〒

電話番号：

FAX 番号：

2. 申請施設の外科周術期感染管理教育医（あるいは暫定教育医）

ふりがな

氏 名：

\_\_\_\_\_

会員番号：

教育医

認定番号：

・申請中

※申請中の場合は「申請中」に○

3. 申請者（施設長あるいは診療部部长）

ふりがな

氏 名：

\_\_\_\_\_

<認定2>

外科周術期感染管理教育医認定証のコピー添付