|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | | ＊記入しないで下さい  受験番号＊ |
| 感染管理に従事した履歴（所属施設名、所属部署名、職位）  ※例：リンクナース、ICTメンバー、ICCメンバー、病棟における感染対策係、感染管理担当師長、感染管理担当者等 | | |
| 年 月～ 年 月  西暦  （ 　 年 ヶ月） | 施設名：  部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年 月～ 年 月  （ 　 年 ヶ月） | 施設名：  部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年 月～ 年 月  （ 　年 ヶ月） | 施設名：  部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年 月～ 年 月  （ 　 年 ヶ月） | 施設名：  部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年 月～ 年 月  （ 　 年 ヶ月） | 施設名：  部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年 月～ 年 月  （ 　年 ヶ月） | 施設名：  部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年 月～ 年 月  （ 　 年 ヶ月） | 施設名：  部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 感染管理従事年数　合計 | 年　　　　　ヶ月（令和７年3月末時点） | |