感染制御認定・様式５

所　属　施　設　長　の　推　薦　書

|  |
| --- |
| 一般社団法人　日本病院薬剤師会　会　長　殿  申請者氏名  　　　　　　　上記の者は、本施設の職員であり、感染制御における高度かつ広範な  知識・技術を備え、豊富な経験を有する人材であり、本施設内における  他部門との連携・協同によるチーム医療の活動経験も十分であります。  よって、上記の申請者を貴会の認定制度による感染制御認定薬剤師に  ふさわしいと考え、ここに推薦いたします。  令和　　　年　　　月　　　日  施設名  施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |
| --- |
| その他、特記すべきことがあれば、記入してください。 |