

受験免除による認定申請書

日本環境感染学会 認定制度第1ステップ (CIP)

日本環境感染学会 認定制度委員会 御中

提出日：西暦 年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
職種	医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師 ・ その他 () ※該当するものを○で囲んでください
所属施設名	
所属部署	
郵便番号・住所 (施設)	都道府県
電話番号 (個人宛連絡用)	
E-mail (個人宛連絡用)	
個人会員番号	

【受験免除の根拠となる認定資格】

認定資格名	認定番号	有効期限	認定機関
		西暦 年 月 まで	
		西暦 年 月 まで	

【提出書類チェックリスト】 (提出前に確認してください)

確認	書類名	備考
☐	受験免除による認定申請書 (本書類)	記入漏れのないこと
☐	個人会員であることの証明	会員情報サイトで確認できる年会費 支払情報の画面印刷
☐	各職種の感染制御に関する認定を受けていることの 証明書の写し	有効期限内のものに限ります

【誓約事項】

私は、申請書類の記載内容が事実と相違なく、受験免除の要件を満たすことを誓約します。また、日本環境感染学会認定制度規程およびその細則を遵守することを誓います。

申請者署名： (自署)

※記入済みの本書類は、添付書類とともに日本環境感染学会事務局まで郵送またはE-mailにて提出してください。