

フォローアップ研修参加の際は
必ず事前課題として提出する事

認定番号	
施設名	
氏名	

日時	実施した内容
(例)5/5 (月)	自施設感染対策研修会 (テーマ: 手指衛生「みんなで学ぼう! 正しい手洗い」)
(例)5/22(木)	自施設ラウンド (場所: 全トイレ・水道・入浴室、参加者 10名)
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	

※行が足りない場合は随時追加してください

確認者サイン (※受講者は記載不要)