院内感染予防対策について

令和　　年　　月　　日

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

下記職員は，本院の定める院内感染予防の為の適切な措置が行われていることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |