

院内感染対策講習会【医師】受講申込書 【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			生年月日		大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		男・女	
申込者氏名								
申込者住所	(〒 -) (TEL)							
メールアドレス	@							
所属施設	施設名	(TEL)						
	所在地	(〒 -)						
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)	ICU有無	有・無(床)
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月		
医師免許	医籍登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日		
施設での役職					診療科			
施設での臨床経験年数		年 か月			所属学会			
感染制御に関する 学会認定等の有無		有・無 ()						
院内 策 委員 会 感 染 会	設置状況	有・無		委員会での役割				
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備考				
	昨年度の開催実績	回/年						
厚生 労働 省 対 策 講 習 会	これまでの 受講回数	回						
	直近受講日	平成 年 月 日						

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。