

院内感染対策講習会【薬剤師】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	(〒 -) (TEL)						
申込者住所							
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
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月	
薬剤師免許	名簿登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日	
施設での役職					業務内容		
施設での勤務年数		年 か月					
院内 感染 対策 委員会	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 主催 院内 感染 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になっており、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）をさせていただきます。

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。