

院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			大正・昭和・平成					
申込者氏名			生年月日	年月日(歳)		男・女		
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			
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 対策 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 主 催 対 策 講 習 会 感 染 会	これまでの受講回数	回						
	直近受講日	平成 年 月 日						
受講 講習 希 望 会	<input type="checkbox"/> ② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者>院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師 及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。							
	<input type="checkbox"/> ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者>地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。							

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の
 ()に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

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。