

東京都院内感染対策強化事業地域研修会申込書
《 第5回・区西北部 》

申し込み先 FAX 03-5217-0898

※ 複数名お申し込みの場合は、参加希望者1名ごとに1通ずつ作成して下さい。

申込日：平成 年 月 日

医療機関名			TEL	
			FAX	
住 所	〒 ー			
参 加 者	フリガナ		部署：	
	氏 名		役職：	
	職 種	医師 看護職員 薬剤師 臨床検査技師 その他（ご記入下さい⇒） _____		
<p>グループワークテーマについて</p> <p>グループワークのテーマは、参加者の方のご意見をもとに決めたいと思いますので、グループワークで意見交換・情報交換したいテーマに○をお付け下さい。</p> <p>1 療養環境整備 2 アウトブレイク対策 3 サーベイランスレポートの活用 4 抗菌薬適正使用 5 耐性菌対策 6 結核対策 7 消毒・滅菌 8 インフルエンザ対策 9 ノロ対策 10 地域連携 11 その他（下記にご記入下さい）</p> <p>※上記のテーマに限定せず、参加者の方が本当に直面している問題を取り上げたいと思いますので、ご希望のテーマを下記にご自由にご記入下さい。</p>				
<p>【希望テーマ】（上記の例から選択し、<u>番号</u>をご記入下さい）</p>				
<p>【自由記載欄】</p>				