公社）神奈川県看護協会　医療安全･災害医療･感染症対策課

感 染 予 防 対 策 相 談 依 頼 書

申込み日　　年　　月　　日

【依頼者情報】

施設名		
住所（所在地）	〒	
代表者	職位：	氏名：
担当者	部署：	氏名：
電話番号		内線：
FAX 番号		
E メールアドレス		
施設内に神奈川県看護協会　会員者がいる場合は、会員氏名を 1 名ご記入下さい 氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		

【感染予防対策訪問相談内容について】

1　訪問日　＊訪問相談日につきましては、余裕を持った計画案をお願い致します。

第 1 希望	年　月　日（　）（　：　～　：　）
第 2 希望	年　月　日（　）（　：　～　：　）

2　研修方法

ご希望の研修方法に〇を付けて下さい。（訪問時間は 2 時間が目安です）

〇	研 修 方 法
	講義（　分）
	施設内ラウンド
	感染対策マニュアル支援
	その他（　）

3　相談内容（具体的に箇条書きで記載して下さい）

神奈川県看護協会キャラクター

依頼書受領後、こちらからご連絡いたします。

送付先　神奈川県看護協会　医療安全･災害医療･感染症対策課
FAX　：　045-263-2905　　Eメールアドレス　：　iryouanzen@kana-kango.or.jp