感染危機管理チーム

（感染専門アドバイザー）登録用紙

エントリーを希望される医療機関は，下記に必要事項を記入し，下記担当者まで郵送で

お申し込み下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 連絡担当者氏名・職種 |  | 職種： |
| 連絡先（TEL/FAX/E-mail等） | TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| 参加者氏名 |  |
| 職種・取得済資格 |  |  |
| 参加者氏名 |  |
| 職種・取得済資格 |  |  |
| 参加者氏名 |  |
| 職種・取得済資格 |  |  |
| 参加者氏名 |  |
| 職種・取得済資格 |  |  |
| 参加者氏名 |  |
| 職種・取得済資格 |  |  |
| 感染制御部HPへの掲載について | □　　希望しない | 注：未記入の場合掲載いたします。 |

徳島大学病院長　殿

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医療機関の長　　　　　　　　　　　　　　[公印]

※連絡担当者の方は，必ずTEL，FAXまたはE-mailをご記入下さい。案内等は連絡担当者に連絡をさせていただきます

ので，各参加者に周知をお願いします。

〒770-8503

徳島県徳島市蔵本町2丁目50-1

TEL/FAX：088-633-7041

E-mail　 t.karasumi@tokushima-u.ac.jp

徳島大学病院感染制御部　担当：唐住