

令和5年度 院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

| | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|---------------------|-------|-------------|-----|
| ふりがな 申込者氏名 | | | 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 男・女 |
| メールアドレス | @ | | | | |
| 所属施設 | 施設名 | (TEL) | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | |
| | 診療報酬 感染対策向上加算の有無 | 無 ・ 加算1 ・ 加算2 ・ 加算3 | | | |
| | 感染対策チーム (ICT) 設置の有無 | 無 ・ 有 | | | |
| 薬剤師免許 | 名簿登録番号 | 第 号 | 登録年月日 | 西暦 年 月 日 | |
| 施設での役職 | | | 業務内容 | | |
| 臨床経験年数 | | | 年 | | |
| 厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無 | | 無 ・ 有 | | 備考 | |

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和5年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付
 及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。

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。