

(様式 1-2 全入院患者部門)

平成 28 年 月 日

厚生労働省医政局地域医療計画課長 殿

医療機関名
病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 全入院患者部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス全入院患者部門へ平成 29 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :
(医療機関コード :)
 2. 病床数 :
 3. 所在地 : (〒 —)
 4. 全入院患者部門サーベイランス 責任者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
 5. 全入院患者部門サーベイランス 実務担当者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
 6. 医療機関名・参加部門の公表
☐ 公表を希望しない
- (参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表にかかわる理由書」(様式 1-6) を添付してください。)
7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受付けしておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、都道府県担当者宛てにご郵送ください。

<https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp>