受講申込書の提出について

1. 提出期限 **平成２７年１０月２０日（火）必着（期限厳守）**
2. 提出書類 院内感染対策講習会受講申込書　３部
3. 提出方法 郵送で提出してください。（ＦＡＸ不可）

※封筒に「院内感染対策講習会受講申込書 在中（職種名）」と朱書きしてください。（職種名）には、医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師のいずれか一つの職種名を記載してください。

1. 郵送先 〒５４０－８５７０（住所の記入は不要）

大阪府 健康医療部 保健医療室 保健医療企画課 医事グループ　あて

1. 講習内容

・講習会①　地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会

＜対象者＞　地域において指導的立場を担うことが期待される病院等に勤務する医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者

・講習会②　①の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

＜対象者＞　地域の医療連携体制が求められる病院、診療所（有床、無床）、助産所等の医療提供施設に勤務する医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師であって、施設長の推薦する者

・講習会③　高度な医療を提供する特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

＜対象者＞　特定機能病院において院内感染対策を実施する者であって、施設長の推薦する者

1. 対象施設における選考について
2. 申込みにあたっては、１施設につき原則として**職種を問わず1名**でお願いします。
3. 各施設の長は、医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師の中から推薦者を決定し、所定の受講申込書により、大阪府に申請すること。

ただし、講習会①については、次に掲げる要件のいずれかに該当する医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師であること。

・施設内感染について指導的立場を担う者（または予定の者）。

・院内感染対策委員会やインフェクション・コントロール・チーム等の感染制御に関する施設内組織に所属する者（または予定の者）。

1. 受講申込書の記入にあたっては、**必ず受講者本人が記入**してください。また、受講申込書を基に受講証書を発行するので、**誤字・脱字のないよう**にしてください。

（原則として、受講申込書の記載ミスによる受講証書の再発行はしません）

また、受講申込書の様式の一番下の欄については、**対象として該当する講習会に○印（講習会①及び②の両方とも対象として該当する場合は、受講希望順位）を付して**提出してください。

1. 受講者決定及び受講について
2. 各都道府県に対する受講者決定通知は、本年１１月上旬を目途に予定されています。

**※大阪府からの受講者決定は、１１月中旬を目途に各病院長あてに通知します。**

1. 受講者決定後の受講者の変更の取り扱いについては、以下に掲げる事項に特に留意してください。

・受講者決定後における受講者の変更は、原則として認めません。

・止むを得ない事由により、受講決定者より辞退する旨の連絡が**事前に**あった場合、その旨を速やかに本府健康医療部保健医療室保健医療企画課医事グループへ連絡すること。この際、厚生労働省より補充推薦者の選出が認められた場合は、補充推薦者へ受講決定通知書を送付します。

・**代理受講については、一切認められません。**

・**講習会当日は、受講決定通知書（写し可）を必ず持参して下さい。**

・全講習時間の４分の３以上出席しない場合には、受講証書は発行されません。