

(様式1-1 検査部門)

平成21年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 殿

医療機関名

病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 検査部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス検査部門へ平成22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 :
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 —)
4. 検査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. 検査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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。その場合は、参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなく公開することはありません。)

以上

(様式1-2 全入院患者部門)

平成21年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 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22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：
2. 所在地：(〒 —)
3. 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
4. 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
5. 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。公表を希望しない時のみ口内に✓印を記入してください。その場合は、参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなく公開することはありません。)

以上

(様式1-3 手術部位感染部門)

平成21年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 殿

医療機関名

病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 手術部位感染 (SSI) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス手術部位感染 (SSI) 部門へ平成22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 :
2. 所在地 : (〒 —)
3. 手術部位感染 (SSI) 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
4. 手術部位感染 (SSI) 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
5. 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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。その場合は、参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなく公開することはありません。)

以上

(様式1-4 集中治療室部門)

平成21年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 殿

医療機関名

病院長名

公印

院内感染対策サーベイランス 集中治療室 (ICU) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス集中治療室 (ICU) 部門へ平成22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 :
2. 所在地 : (〒 —)
3. 集中治療室 (ICU) 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
4. 集中治療室 (ICU) 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
5. 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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。その場合は、参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなく公開することはありません。)

以上

(様式1-5 新生児集中治療室部門)

平成21年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 殿

医療機関名

病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 新生児集中治療室 (NICU) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス新生児集中治療室 (NICU) 部門へ平成22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 :
2. 所在地 : (〒 —)
3. 新生児集中治療室 (NICU) 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
4. 新生児集中治療室 (NICU) 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
5. 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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。その場合は、参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなく公開することはありません。)

以上