

(様式1-1 検査部門)

平成22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23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
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先：E-mail
 - ① 電話
5. 検査部門サーベイランス 実務担当者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先：E-mail
 - ① 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。)

以上

(様式1-2 全入院患者部門)

平成22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検査部門へ平成23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. 全入院患者部門サーベイランス 責任者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先：E-mail
 - ① 電話
5. 全入院患者部門サーベイランス 実務担当者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先：E-mail
 - ① 電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
(ア)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口内に✓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。)

以上

(様式1-3 手術部位感染部門)

平成22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検査部門へ平成23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. **SSI 部門**サーベイランス 責任者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先：E-mail
 - ① 電話
5. **SSI 部門**サーベイランス 実務担当者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先：E-mail
 - ① 電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
(ア)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口内に✓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。)

以上

(様式1-4 集中治療室部門)

平成22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 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検査部門へ平成23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. ICU部門サーベイランス 責任者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先：E-mail
 - ① 電話
5. ICU部門サーベイランス 実務担当者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先：E-mail
 - ① 電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
(ア)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。)

以上

(様式 1 - 5 新生児集中治療室部門)

平成 22 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検査部門へ平成 23 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. **NICU 部門**サーベイランス 責任者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先 : E-mail
 - ① 電話
5. **NICU 部門**サーベイランス 実務担当者
 - ① 氏名
 - ② 所属
 - ③ 職名
 - ④ 連絡先 : E-mail
 - ① 電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
(ア)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。)

以上

(様式1-6)

平成22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事業

医療機関名非公表にかかわる理由書

院内感染対策サーベイランス事業へ平成23年1月からの参加に際し、下記の理由より医療機関名を非公表にて参加登録を希望いたします。

部門 (○をつけて下さい)

検査

全入院患者

SSI

ICU

NICU

理由