

令和6年度 院内感染対策講習会【医師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日		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			
医	<p style="color: red; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">大阪府ではこの様式での受付は行いません 大阪府行政オンラインシステムにて 申請してください。</p>			
施設での役職		診療料		
臨床経験年数	年			
感染制御に関する 学会認定等の有無	無 ・ 有 ()			
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6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。

令和 6 年度 院内感染対策講習会【**歯科医師**】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年	月	日
メールアドレス				
所属施設	施設名	(TEL _____)		
	所在地	(〒 _____)		
歯科	大阪府ではこの様式での受付は行いません 大阪府行政オンラインシステムにて 申請してください。			
施設での役職		診療科		
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6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、**「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。

令和6年度 院内感染対策講習会【看護師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名		生年月日	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	無	加算1	加算2
看 施 設 の 役 職	大阪府ではこの様式での受付は行いません 大阪府行政オンラインシステムにて 申請してください。			
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6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、**「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。

令和6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			西暦	
申込者氏名	生年月日	年	月	日
メールアドレス				
所属施設	施設名	(TEL _____)		
	所在地	(〒 _____)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;"> 大阪府ではこの様式での受付は行いません 大阪府行政オンラインシステムにて 申請してください。 </div>				
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6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。

令和6年度 院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年	月	日
メールアドレス				
所属施設	施設名	(TEL _____)		
	所在地	(〒 _____)		
	診療報酬	無 ・ 加算1 ・ 加算2 ・ 加算3		
技 施	大阪府ではこの様式での受付は行いません 大阪府行政オンラインシステムにて 申請してください。			
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6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。