**巡回支援申込み票**

巡回支援・研修を依頼したい施設は下記の項目に記載又は該当部分に印をつけて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **【　依頼年月日　】** | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| **【　貴医療施設名　】** |  |
| **【　所在地住所　】** |  |
| **【担当者氏名・職名・****連絡先など】** | 氏名： |
| 職名： |
| TEL : |
| E‐mail: |
| **【病床数】** | 0 | 1～19 | 20～99 | 100～199 | 200～499 | 500以上 |
| **【感染対策委員会の有無】** | あり | なし |
| **【ICTの有無】** | あり | なし |
| **【依頼内容】** | 1. 巡回支援
 | 1. 感染対策研修会
 | 1. 巡回支援と研修会
 |
| 1. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

|  |
| --- |
| **【巡回支援依頼理由】** |
| **【　ラウンド希望部署や箇所　】**（具体的に『〇病棟』や『水回り中心』etc記載ください） |
| **【　巡回支援参加予定名メンバー氏名と役職　】** |
| **【　巡回支援希望日時　】** |
| **【　研修会希望と希望テーマ　】　　　あり　　・　　なし** |
| **【その他】** |

以上を記載の上、下記までFAXまたはメールに添付してお送り下さい。

一般社団法人滋賀県病院協会

滋賀県感染制御ネットワーク

　　　　担当看護師　淡野　睦

FAX：077-525-5859

TEL：077-525-7525

E-mail：shiga.i.c.c.network@air.ocn.ne.jp

＊ご　注　意＊

①　ご希望日時に添えないとこがありますので、なるべく広く希望日を記載ください。

②　研修会を希望される際は、『希望テーマ』『希望時間』『研修会会場』など詳細に

　　記載ください。

③　当日まで担当者と頻回に連絡を致しますので、連絡がつきやすい連絡先をお知らせください。

④　事前質問していただけると当日回答させていただきます