

Mie-ICNet 感染対策相談票

(No. _____) *受付窓口処理欄

【相談年月日】	平成 年 月 日		
【施設名称】			
【施設概要】	<input type="checkbox"/> クリニック		
	<input type="checkbox"/> 病院病床数 (_____ 床)		
	<input type="checkbox"/> 高齢者/福祉施設病床数 (_____ 床)		
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		
【記載者名】 (担当者)	氏名: _____		
	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 感染対策委員 (ICTメンバー) <input type="checkbox"/> その他		
【連絡先】	TEL	FAX	E-mail

【相談内容】	
--------	--

日常的な感染対策への相談支援の流れ

