県様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※県使用欄

NO.

**所属施設の概要書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者名 | | |  | | 希望講習会区分 | □　講習会①  □　講習会②  □　講習会③ |
| 医 療 機 関 名 | | |  | | 所属  部署 |  |
| 医療機関所在地  及び連絡先 | | | 電話（　　　）　　　－ | | | |
| 院内感染対策委員会 | 設　置　状　況 | | | 有　・　無（設置予定　　　年　　月頃） | | |
| 開　催　状　況 | | | 定期的に開催（１年間　　回開催）  不定期（過去１年間　　回開催） | | |
| 直近の開催月日　　　　　年　　月　　日 | | |
| 受講希望者の当該委員会での役職・役割 | | |  | | |
| ※メンバーでない場合、施設における役職及び感染対策に関する役割 | | |  | | |
| インフェクション・コントロール・チーム（ＩＣＴ）の設置 | | | | 有（ＩＣＴ院内巡回回数１年間に　　回）  無 | | |
| 感染防止対策加算の届出 | | | | 有（　加算１　・　加算２　）　・　無 | | |
| 感染症法に基づく保健所へ（１～５類感染症）の届出件数 | | | | 過去１年間　　　　件 | | |
| 感染症法に基づく定点医療機関の指定 | | | | 有（定点種別　　　　　　　　　　　　）・無 | | |
| 過去における所属施設の本講習会受講者の有無  （該当職種に○印を記入すること） | | 平成27年度 | | 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・該当なし | | |
| 平成28年度 | | 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・該当なし | | |
| 平成29年度 | | 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・該当なし | | |
| 平成30年度 | | 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・該当なし | | |
| 令和元年度 | | 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・該当なし | | |

注）①該当するものに○印、件数等を漏れなく記入すること。

②省略した医療機関名称は不可及び別紙１の施設名欄と合致すること。

③希望区分欄には、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師のいずれかを記入すること。

④定点種別は、小児科、基幹等の区分を記入すること。

⑤受講申込書（別紙１）は必ず受講者本人が記入し、本様式及び別紙１の記入漏れは選考から除

外となるので特に留意すること。