千葉県院内感染対策地域支援ネットワーク（千葉ネット）参加申請書令和 年 月 日

* メールアドレスは明確にご記入ください。特に数字とアルファベット、あるいはハイフンとアンダーバー等類似の文字についてご注意ください。
* メールでのお申込みの場合、下記の項目が記載されていれば様式にこだわりません。

メール宛て先 kansen-chibanet@chiba-u.jp

【機関参加】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機関名  （施設名） |  | | | |  |
| 住 所 | 〒 | | | | |
| 電 話 |  | | FAX |  | |
| 院長名  （施設長名） |  | | | | |
| 担当者 | 氏 名 |  | | | |
| 部署・職名・資格 |  | | | |
| 院内の感染対策組織でのお立場 |  | | | |
| メールアドレス (半角) |  | | | |

* 院長名 … 院長先生のご了解の上、ご記入ください。（ご了解がない場合、組織参加とはなりません。）
* 部署・職名・資格 … 例：「○部・○長・医師」、「○科・副師長・看護師」、「○部・事務長・事務」
* 院内の感染対策組織でのお立場…例：「院内感染対策委員会 副委員長」、「ＩＣＴメンバー」、「リンクナース」 等

【個人参加】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏 名 | |  |
| メールアドレス （半角） | |  |
| 所 属 | 機関名・施設名 |  |
| 部署・職名・資格 |  |
| 機関の感染対策組織でのお立場※※ |  |
| 住 所 | 〒 |
| 電 話 |  |

※※ 医療機関以外の施設等にあっては、当該項目は必須ではありません。