**令和６年度鳥取県院内感染対策講習会受講申込書**

(申込者情報)

（ふりがな）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名 |  | | | | | | 推薦順位  **※必ず記載してください。** | |
|  | | | | | |
| 分科会参加希望  ※第４希望まで必ず  記載してください。  （参加希望の分科会の番号を記載ください）  ※第一部（13:30～15:00）と第二部(15:15～16:45)で同じ内容となりますので、二つの分科会を受講していただきます。 | 第１希望 | | 第２希望 | | 第３希望 | | | 第４希望 |
|  | |  | |  | | |  |
| 分科会一覧 | １　分科会１（抗菌薬の適正使用を推進するための取り組み）  ２　分科会２（手指衛生を改善する取り組み）  ３　分科会３（個人防護用具の適切な使用に向けた取り組み）  ４　分科会４（感染経路別予防策を改善する取り組み）  ５　分科会５（感染性胃腸炎対策）  ６　分科会６（環境整備・物品管理を改善する取り組み） | | | | | | |
| 取得免許  （有している場合） | 医師　 ・ 　歯科医師 　・ 　看護師 　・ 　薬剤師 　・ 　臨床検査技師 | | | | | | | |
| 免許取得後の  勤務年月数  (有していない場合は不要) | 年　　　　ヶ月 | | | うち、現在の施設での勤務年月数 | | 年　　　　ヶ月 | | |
| 施設での役職 |  | | | 所属（診療科） | |  | | |

（施設情報）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施 設 名 |  | |
| 施 設 長 | 役　職 | 氏　　　　　　名 |
|  |  |
| 所在地等 | 郵便番号：　　　－  所在地： | |
| 申込に係る  連絡担当者・連絡先 | 所属 | 氏名 |
|  |  |
| 電話：（　　　　）　　　－ | |
|  | メールアドレス： | |

（注１）　受講申込書は、原則、Wordファイル形式で下記電子メールアドレスに送付してください。

Wordファイルは以下のURLからダウンロードしていただけます。

（ 県HP：<https://www.pref.tottori.lg.jp/299692.htm> ）

（注２）　この申込書は申込者1人ずつについて作成し、「推薦順位」欄を必ず記載してください。なお、昨年度と講演内容及び分科会が同じものがありますので、昨年度受講された方はご留意いただきますようよろしくお願いします。

（「推薦順位」欄に記載がない者は、当該施設における推薦順位が最下位であるものと見なします。）

（注３）　「免許取得後の勤務年月日」欄には、医師又は看護師は臨床年月数を記載してください。

（注４）　受講の可否は施設長宛てに通知し、参加費の納入通知書（振込用紙）も施設長宛てに送付します。

**提出・問合せ先**電子メール：iryou-hoken@pref.tottori.lg.jp

〒６８０－８５７０　鳥取市東町一丁目２２０

　　 　　　　鳥取県福祉保健部健康医療局医療・保険課（保険医療指導担当 田村）　　　　　　　　　　　　　　　　電話 ：（０８５７）２６－７１６６

ファクシミリ ：（０８５７）２６－８１６８