

令和4年度 院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年月日(歳)	男・女	
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL)		
	所在地	(〒 -)		
	診療報酬 感染対策向上加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2 ・ 加算3		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
歯科医師免許	歯科医籍 登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			診療科	
臨床経験年数			年	
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無		無 ・ 有	備考	

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和4年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付
 及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。