院内感染対策相談票

提出日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| ふりがな |  |
| 記載者名 |  |
| 回答を希望する  職種（複数回答可） | □ 医師　□ 看護師　□ 薬剤師　□ 臨床検査技師  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する回答方法 | □ メール　□ FAX |
| ご連絡先 | 所在地： |
| 電話番号：　　　　　　　　　　　FAX番号： |
| E-mail： |

|  |
| --- |
| 相談内容　※具体的に記載してください。 |