

会長	副会長	幹事	担当理事	係

医推第928号
令和元年10月7日

公益社団法人 岡山県医師会 会長 殿

岡山県保健福祉部長



令和元年度院内感染対策講習会の受講希望者について（依頼）

保健医療行政の推進につきましては、平素から御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このことについて、厚生労働省医政局長から別添のとおり通知がありましたので、貴会会員に対し周知くださるようお願いいたします。

なお、国立ハンセン病療養所（国立療養所邑久光明園、国立療養所長島愛生園）につきましては、別途厚生労働省から送付されますので通知は不要です。

また、県ごとに受講人数が限られており、推薦枠を超える応募があった場合は、選考のうえ、推薦しますので御了承ください。

本通知につきましては、次のホームページに掲載しておりますことを申し添えます。

記

- 1 受講希望者の推薦について
別添「令和元年度院内感染対策講習会実施要領」のとおり
- 2 提出書類
院内感染対策講習会受講申込書 別紙1 1部
- 3 留意事項
別紙参照
- 4 提出期限 令和元年10月23日（水）（必着）
- 5 提出先 〒700-8570

岡山市北区内山下 2-4-6

岡山県保健福祉部医療推進課

医事班 担当：國富 電話：086-226-7403

*電子メールによる提出も可能です。その際は申込書をPDF形式で添付し、kosei-tokei@pref.okayama.lg.jp へ送信願います。（電子メールには、送信者の所属・氏名・連絡先電話番号を記載の上、件名を院内感染対策講習会受講申込書としてください。）

- 6 ホームページ <http://www.pref.okayama.jp/site/361/>



院内感染対策講習会に係る留意事項

○講習会の対象者について

講習会種別	対象者
講習会①	<u>特定機能病院</u> において、院内感染対策を実施する <u>医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は臨床検査技師</u> であって、施設長の推薦する者
講習会②	院内感染対策に関して、地域において指導的な立場を担うことが期待される <u>病院</u> に勤務する <u>医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師</u> であって、院内感染対策について指導的な立場を担う者（予定がある者を含む）又は感染制御に関する施設内組織に所属する者（予定がある者を含む）として施設長の推薦する者
講習会③	地域の医療連携体制が求められる <u>病院、診療所（有床無床を問わない）又は助産所</u> に勤務する者であって、施設長の推薦する者

※同一施設からの推薦は原則（職種を問わず）1名とします。ただし、病院については、講習会②と③それぞれ1名ずつとしても構いません。

※受講申込書は、受講者の職種と講習会の種別（講習会①のみ別様式）によって異なりますので、御注意ください。

○受講申込書について

- ・必ず受講者本人が記入してください。
- ・受講申込書を基に受講証書を発行するので、誤字・脱字のないようにしてください。

○受講者決定及び受講について

- ・受講者の決定は、11月上旬を予定しています。受講決定者には、受講決定通知書とテキストを県から送付します。
- ・受講者決定後における受講者の変更は、原則として認められません。
- ・代理受講は一切認められていません。
- ・講習会当日は、受講決定通知書（写し可）を持参してください。持参がない場合は、受講できません。
- ・受講に係る費用について、県から補助はありません。



医政発 1004 第 8 号
令和元年 10 月 4 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

令和元年度院内感染対策講習会について（依頼）

院内感染対策の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、院内感染対策の一環として、医療機関等に勤務する医師、歯科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等を対象に、院内感染対策について理解を深めることを目的とした講習会を別添 1 「令和元年度院内感染対策講習会実施要領」により実施することとしたので通知します。

貴職におかれましては、各医療機関等に本講習会の趣旨を周知するとともに、受講希望者の推薦について、別添 2 「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」を参考に各医療機関等の受講申込書を取りまとめの上、下記の通り提出をお願いします。

また、独立行政法人国立病院機構に属する病院、国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人地域医療機能推進機構に対しては貴職より周知をお願いしますが、厚生労働省所管の国立ハンセン病療養所に対しては貴職より周知は不要ですのでご了解下さい。

記

1. 提出内容：別紙 1、別紙 3－1、別紙 3－2
2. 提出期限：令和元年 10 月 30 日（水）
3. 提出方法：郵送（別紙 1、別紙 3－1、別紙 3－2）
電子メール（別紙 3－1、別紙 3－2）

4. 提出先：厚生労働省医政局地域医療計画課

救急・周産期医療等対策室　へき地医療係　岩田

住所：東京都千代田区霞が関1-2-2

E-mail: iwata-akihiro@mhlw.go.jp

照会先

厚生労働省医政局地域医療計画課

救急・周産期医療等対策室

電話：03-5253-1111

FAX：03-3503-8562

へき地医療係

岩田　章裕（内線2551）

令和元年度院内感染対策講習会実施要領

1. 目的

近年、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、多剤耐性緑膿菌、多剤耐性アシネトバクター及びノロウイルスをはじめとした各種の病原体に起因する院内感染の発生や、医療技術の高度化による感染症に対する抵抗力が比較的低い患者の増加などから、医療機関においては、最新の科学的知見に基づいた適切な院内感染対策の実施が求められているところである。

院内感染対策については、個々の医療従事者ごとに対策を行うのではなく医療機関全体として取り組むことが重要であることから、全ての職員に対する組織的な対応方針の指示や教育等を行うことが重要である。

これらの状況を踏まえ、次に掲げる講習会を通じて最新の科学的知見に基づいた適切な知識を普及・啓発することで、わが国における院内感染対策をより一層推進することを目的とする。

- ① 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会
- ② 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会
- ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

2. 対象

- (1) 「1. 目的」の①については、特定機能病院において院内感染対策を実施する医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は臨床検査技師であって、当該施設長の推薦する者。
- (2) 「1. 目的」の②については、院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として当該施設長の推薦する者。
- (3) 「1. 目的」の③については、地域の医療連携体制の構築が求められる病院、診療所又は助産所に勤務する者であって、当該施設長の推薦する者。

3. 受講者の推薦及び決定

都道府県及び厚生労働省医政局医療経営支援課（以下「都道府県等」という。医療経営支援課については、国立ハンセン病療養所に勤務する者の推薦のみ行う。）は、「2. 対象」で定める対象のうちから院内感染対策の推進に当たって効果の期待できる者を推薦者として選考し、厚生労働省医政局長に推薦するものとする。厚生労働省医政局長は、都道府県等から推薦のあった者のうちから受講者を決定し、都道府県等に通知するものとする。

4. 研修事業実施者

厚生労働省の委託により、株式会社リベルタス・コンサルティングが実施するものとする。

5. 講習場所、講習期間及び講習定員

別紙①のとおりとする。

6. 講習内容

別紙②を標準とする。なお、詳細については別途連絡するものとする。

6. 受講経費

受講者からは受講料を徴収しないものとする。なお、受講者の受講地への旅費、滞在費及び宿泊費については受講者側の負担とする。

7. その他

受講するために必要な筆記用具等は、受講者が持参するものとする。

宿泊施設については、受講者において準備するものとする。

講習会テキストの送付方法等については、別途連絡するものとする。

受講証書は受講者のうち、全講習時間の4分の3以上出席し、受講前と受講後のテストを受けた者に対して発行するものとする。

<講習場所、期間及び人員>

①. 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

講習場所		講習期間	講習日数	講習人員	対象都道府県
施設名	所在地				
TKP 田町カンファレンスセンター ホールB	東京都港区芝5-29-14	自 令和元年 12月17日 至 令和元年 12月18日	日 2	人 172	全都道府県

<講習場所、期間及び人員>

②. 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会

講習場所		講習期間	講習日数	講習人員	対象都道府県
施設名	所在地		日	人	
赤羽会館 講堂	東京都北区赤羽南1-13-1	自 令和2年 1月15日 至 令和2年 1月16日	2	420	北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、山梨県、長野県、静岡県、石川県
TKPガーデンシティ 大阪リバーサイドホテル	大阪府大阪市都島区 中野町5-12-30	自 令和2年 1月15日 至 令和2年 1月16日	2	380	福井県、岐阜県、三重県、愛知県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、山口県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

＜講習場所、期間及び人員＞

③. ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

講習場所		講習期間	講習日数	講習人員	対象都道府県
施設名	所在地		日	人	
札幌市男女共同参画センター ホール	札幌市北区北8条西3丁目 札幌エルプラザ内1階	自 令和2年1月22日 至 令和2年1月23日	2	220	北海道、青森県、 岩手県、宮城県、 秋田県、山形県、 福島県
赤羽会館 講堂	東京都北区赤羽南1-13-1	自 令和2年1月22日 至 令和2年1月23日	2	560	茨城県、栃木県、 群馬県、埼玉県、 千葉県、東京都、 神奈川県、新潟県、 富山県、山梨県、 長野県、静岡県、 石川県
TKPガーデンシティ 大阪リバーサイドホテル	大阪府大阪市都島区 中野町5-12-30	自 令和2年1月22日 至 令和2年1月23日	2	400	福井県、岐阜県、 愛知県、三重県、 滋賀県、京都府、 大阪府、兵庫県、 奈良県、和歌山県、 鳥取県、島根県、 岡山県、広島県、 徳島県、香川県、 愛媛県、高知県
長崎総合福祉センター5階 大会議室	長崎県長崎市茂里町3-24	自 令和2年1月22日 至 令和2年1月23日	2	320	山口県、福岡県、 佐賀県、長崎県、 熊本県、大分県、 宮崎県、鹿児島県、 沖縄県

講習内容

①. 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

1. 院内感染の基本（ICT も含む）
2. 院内感染の経路とその対策
3. 院内感染関連微生物とその検査法（国内外の最新の状況についても）
4. アウトブレイクとその対応
5. 院内感染対策における大規模医療機関の役割
6. 感染症サーベイランス
7. 院内感染における行政との連携
8. 院内感染関連法令
9. 総合討論

講習時間：600 分程度

②. 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される
病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会

1. 院内感染の基本（ICT も含む）
2. 院内感染の経路とその対策
3. 院内感染関連微生物とその検査法
4. アウトブレイクとその対応
5. 院内感染対策の地域連携
6. 院内感染における行政との連携
7. 院内感染関連法令
8. 総合討論

講習時間：600 分程度

③. ②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

1. 院内感染の基本 (ICT も含む)
2. 院内感染の経路とその対策
3. 院内感染関連微生物とその検査法
4. アウトブレイクとその対応
5. 療養病床・慢性期医療における感染制御
6. 院内感染における行政との連携
7. 院内感染関連法令
8. 総合討論

講習時間：600 分程度

院内感染対策講習会【医師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			生年月日		大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		男・女	
申込者氏名								
申込者住所	(〒 -) (TEL)							
メールアドレス	@							
所属施設	施設名	(TEL)						
	所在地	(〒 -)						
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)	ICU有無	有・無(床)
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月		
医師免許	医籍登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日		
施設での役職					診療科			
施設での臨床経験年数		年 か月			所属学会			
感染制御に関する 学会認定等の有無		有・無 ()						
院内 感染 対策 委員会	設置状況	有 ・ 無			委員会での役割			
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日			備 考			
	昨年度の開催実績	回/年						
厚生 労働 省 主催 院内 感染 対策 講習 会	これまでの 受講回数	回						
	直近受講日	平成 年 月 日						

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報、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。

院内感染対策講習会【看護師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名： _____

ふりがな			大正・昭和・平成				男・女	
申込者氏名			生年月日		年 月 日(歳)			
申込者住所	(〒 -) (TEL)							
メールアドレス	@							
所属施設	施設名	(TEL)						
	所在地	(〒 -)						
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)	ICU有無	有・無(床)
卒業	学校名					年 次	昭和・平成 年 月	
看護師免許	名簿登録番号					登録年月日	昭和・平成 年 月 日	
施設での役職						配属診療科		
施設での臨床経験年数		年 か月						
院内 感染 対策 委員会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割				
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考				
	昨年度の開催実績	回/年						
厚生 労働 省 主催 院内 感染 対策 講習 会	これまでの 受講回数	回						
	直近受講日	平成 年 月 日						

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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を送付いたしますので、講習会当日は必ず受講決定通知書を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

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。

院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			大正・昭和・平成			
申込者氏名			生年月日	年 月 日(歳)		男・女
申込者住所	(〒 -) (TEL)					
メールアドレス	@					
所属施設	施設名	(TEL)				
	所在地	(〒 -)				
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)
卒業	学校名				年 次	昭和・平成 年 月
薬剤師免許	名簿登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日
施設での役職					業務内容	
施設での勤務年数		年 か月				
院内 感染 対策 委員会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割		
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考		
	昨年度の開催実績	回/年				
厚生 労働 省 主催 院内 感染 対策 講習 会	これまでの 受講回数	回				
	直近受講日	平成 年 月 日				

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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を送付いたしますので、講習会当日は必ず受講決定通知書を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

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。

院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			大正・昭和・平成			
申込者氏名			生年月日	年 月 日(歳)		男・女
申込者住所	(〒 -) (TEL)					
メールアドレス	@					
所属施設	施設名	(TEL)				
	所在地	(〒 -)				
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)
卒業	学校名				年 次	昭和・平成 年 月
歯科医師免許	名簿登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日
施設での役職					診療科	
施設での臨床経験年数	年 か月					
院内感染対策委員会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割		
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考		
	昨年度の開催実績	回/年				
厚生労働省 主催院内感染対策講習会	これまでの受講回数	回				
	直近受講日	平成 年 月 日				

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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を送付いたしますので、講習会当日は必ず受講決定通知書を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

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。

院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書 【特定機能病院】

都道府県名： _____

ふりがな			大正・昭和・平成			
申込者氏名			生年月日	年 月 日(歳)		男・女
申込者住所	(〒 -) (TEL)					
メールアドレス	@					
所属施設	施設名	(TEL)				
	所在地	(〒 -)				
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)
卒業	学校名				年 次	昭和・平成 年 月
技師免許	名簿登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日
施設での役職					配属部署	
施設での勤務年数		年 か月				
院内 感染 対策 委員会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割		
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考		
	昨年度の開催実績	回/年				
厚生 労働 省 主催 院内 感染 対策 講習 会	これまでの 受講回数	回				
	直近受講日	平成 年 月 日				

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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を送付いたしますので、講習会当日は必ず受講決定通知書を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

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。

院内感染対策講習会【医師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			大正・昭和・平成			
申込者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)		男・女
申込者住所	(〒) (TEL)					
メールアドレス	@					
所属施設	施設名	(TEL)				
	所在地	(〒)				
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月
医師免許	医籍登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日
施設での役職					診療科	
施設での臨床経験年数		年 か月			所属学会	
感染制御に関する 学会認定等の有無		有・無 ()				
院内 感染 対策 委員会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割		
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考		
	昨年度の開催実績	回/年				
厚生 労働 省 主催 院内 感染 対策 講習 会	これまでの 受講回数	回				
	直近受講日	平成 年 月 日				
受講 希望 会	()② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者> 院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師 及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 ()③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者> 地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。					

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の

() に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。

受講の可否については、都道府県等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を送付いたしますので、講習会当日は必ず受講決定通知書を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

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。

院内感染対策講習会【看護師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)		男・女	
申込者氏名							
申込者住所	(〒 -) (TEL)						
メールアドレス	@						
所属施設	施設名	(TEL)					
	所在地	(〒 -)					
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)	ICU有無
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月	
看護師免許	名簿登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日	
施設での役職					配属診療科		
施設での臨床経験年数		年 か月					
院内 対策 委員 会 感 染 会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割			
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考			
	昨年度の開催実績	回/年					
厚生 労働 省 対 策 講 習 会	これまでの 受講回数	回					
	直近受講日	平成 年 月 日					
受講 講習 希 望 会	()② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者> 院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師 及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 ()③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者> 地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。						

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の
 ()に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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**を
 送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報、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。

院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)		男・女
申込者氏名						
申込者住所	(〒 -) (TEL)					
メールアドレス	@					
所属施設	施設名	(TEL)				
	所在地	(〒 -)				
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月
薬剤師免許	名簿登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日
施設での役職					業務内容	
施設での勤務年数		年 か月				
院内 対策 委員 会 感 染 会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割		
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考		
	昨年度の開催実績	回/年				
厚生 労働 省 対 策 講 習 会	これまでの 受講回数	回				
	直近受講日	平成 年 月 日				
受講 講習 希望 会	☐ ② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者> 院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師 及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 ☐ ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者> 地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。					

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の
 () に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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**を
 送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

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。

院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)		男・女
申込者氏名						
申込者住所	(〒 -) (TEL)					
メールアドレス	@					
所属施設	施設名	(TEL)				
	所在地	(〒 -)				
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月
技師免許	名簿登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日
施設での役職					配属部署	
施設での勤務年数		年 か月				
院内 感染 対策 委員 会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割		
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考		
	昨年度の開催実績	回/年				
厚生 労働 省 対 策 講 習 会	これまでの 受講回数	回				
	直近受講日	平成 年 月 日				
受講 講習 希 望 会	()② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者> 院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師 及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 ()③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者> 地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。					

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の
 ()に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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**を
 送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

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。

院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			大正・昭和・平成			
申込者氏名			生年月日	年 月 日(歳)		男・女
申込者住所	(〒) (TEL)					
メールアドレス	@					
所属施設	施設名	(TEL)				
	所在地	(〒)				
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月
歯科医師免許	歯科医籍登録番号				登録年月日	昭和・平成 年 月 日
施設での役職					診療科	
施設での臨床経験年数		年 か月			所属学会	
感染制御に関する 学会認定等の有無		有・無()				
院内 対策 委員 会 感 染 会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割		
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考		
	昨年度の開催実績	回/年				
厚生 労働 省 主 催 院 内 感 染 会 対 策 講 習 会	これまでの 受講回数	回				
	直近受講日	平成 年 月 日				

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

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。

院内感染対策講習会【その他】受講申込書

都道府県名： _____

ふりがな			生年月日		大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		男・女	
申込者氏名								
申込者住所	(〒 -) (TEL)							
メールアドレス	@							
所属施設	施設名	(TEL)						
	所在地	(〒 -)						
	病床数	一般 (床)	療養 (床)	結核 (床)	精神 (床)	感染症 (床)	ICU有無	有・無(床)
卒業	学校名				年次	昭和・平成 年 月		
施設での役職(職種)					配属部署			
施設での勤務年数		年 か月						
院内 対策 委員 会 感 染 会	設置状況	有 ・ 無		委員会での役割				
	設置年月日	昭和・平成 年 月 日		備 考				
	昨年度の開催実績	回/年						
厚生 労働 省 主 催 対 策 院 内 感 染 会	これまでの 受講回数	回						
	直近受講日	平成 年 月 日						

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等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を送付いたしますので、講習会当日は必ず受講決定通知書を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

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。