



# 令和4年度 感染対策アドバイザー事業

社会福祉施設，医療機関における感染症対策を充実させ，クラスターの発生等を予防するためには，毎日の取り組みが大切です。

感染症対策での悩み，疑問，不安などがありましたらご利用ください。

## ■アドバイザー派遣

希望する施設に感染管理認定看護師等医療従事者を派遣し，感染対策，ゾーニング等について，実地で助言・指導を行います。

**申込方法：**裏面の相談票に必要事項を記入して，事務局にメールまたはFAXで御送付ください。  
受付後，事務局から御連絡します。

**派遣時期：**7～10月

**申込締切：**7月27日(水)まで

なお，申込多数の場合はすべての施設の希望に添えない場合があります。

## ■相談支援

感染症に関する相談にFAX,メールで応じます。

相談支援は，随時受け付けていますが，回答までに1週間程度かかります。

※相談票はホームページからもダウンロードできます。

(福山・府中地域保健対策協議会ホームページ)

福山・府中 地対協



## 対象施設

社会福祉施設，医療機関

### お問い合わせ

福山・府中地域保健対策協議会 感染症対策検討委員会事務局

〒720-8511 広島県福山市三吉町一丁目1-1 (広島県東部保健所福山支所内)

TEL：084-921-1413 FAX：084-928-7882

別記様式第1号（第6条関係）

感染対策相談票

記載または該当部分に○印を付けてください。

記載年月日： 年 月 日

【相談の内容】	患者のこと	職員のこと	施設のこと
【相談施設の種類】 例：病院，介護老人保健施設など	（ ）		
【病床数または利用者数】	（ ）床・（ ）人		
【院内感染の疑いまたは保菌事例の有無】	あり	なし	
【感染対策委員会の有無】	あり	なし	
【ICTの有無】	あり	なし	

希望する事業（該当する項目に☑）	
<input type="checkbox"/> 相談支援	<input type="checkbox"/> アドバイザー派遣
【希望する回答方法】 いずれかに○印 FAX・メール・その他（ ）	希望の日程（例）「○曜日は不可」「○時～○時希望」 ※ 基本的には平日日中の派遣となります。（要相談）
【相談内容】 *内容を具体的に記載してください。	

【施設名称】
【施設所在地】
【記載者名】（職名） （名前）
【連絡先】 TEL （ ） — FAX （ ） — または e-mail

【送信先】 〒720-8511 福山市三吉町1-1-1（広島県東部保健所福山支所内）

福山・府中地域保健対策協議会 感染症対策検討委員会事務局 宛

FAX：084-928-7882

TEL：084-921-1413

組織メール：fjefhoken@pref.hiroshima.lg.jp



通常時の相談専用です。施設内での集団感染発生時の届出・相談には使用できません。