

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。

【相談の主な対象】	患者	医療従事者	施設	組織
【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

【相談内容】	*内容を具体的に記載してください。			
【相談年月日】	年	月	日	
【希望する回答方法】	いずれかに○印 FAX・メール・その他（ ）			
【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 : 084-921-1311

組織メール : fjefhoken@pref.hiroshima.lg.jp