別記様式第１号（第６条関係）

記載年月日：　　年　　月　　日

感染対策相談票

希望する事業に☑を入れ、相談内容を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| □　アドバイザー派遣 | □　相談支援 |
| 【希望の日程】※基本的には平日日中の派遣となります。  （例）「◯時～◯時希望」「◯曜日は不可」 | 【希望する回答方法】※いずれかに〇を付けてください。  ＦＡＸ　・　メール　・　その他（　　　　　） |
| 【相談内容】　＊☑を入れ、相談したい内容を具体的に記載してください。  　□　個人防護具の取扱いについて  　□　感染対策マニュアルの内容について  　□　出前講座  　□　その他 | |

|  |
| --- |
| 【施設名称】　　　　　　　　　　　　　　　　　【種別】 |
| 【施設所在地】 |
| 【病床数または利用者数】　　（　　　　　）床・（　　　　　）人 |
| 【感染対策委員会の有無】　　　あり　・　なし |
| 医療機関の場合【感染対策向上加算の届出の有無】　　　あり　・　なし |
| 【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　　　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。**