



# FAX 0943-72-3978

## 「外来感染対策向上加算」に係る連携申込書

当院（感染対策向上加算1届出）との連携をご希望される診療所（クリニック）様は、下記希望の加算の口にチェックを入れていただき、医療機関情報等をご記入の上、当院の地域医療支援課宛へFAXでお申し込みください。内容確認後、当院の感染管理担当より今後の感染管理に係るスケジュールや資料を貴院へメールにて送付させていただきます。

- 外来感染対策向上加算
  サーベイランス強化加算  
 連携強化加算
  JANIS
  J-SIPHE

以上、連携医療機関として申し込みします。

### 医療機関情報をご記入ください

医療機関名	
施設管理者氏名	役職 氏名
住所	(〒 - )
電話番号	
FAX番号	
E-mail	
窓口担当者氏名	

カンファレンス、研修、訓練等で共有したいことがあればご記入ください。

**(注) 3月10日までの申し込みを翌年度の加算対応と致します**