

## 平成30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、薬剤師又は看護師であって、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、一般社団法人日本感染症学会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。

### 7. 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。

### 8. 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。

講習会のテキストは事前に研修事業実施者より都道府県に送付するものとする。

受講者は受講前と受講後の2回、同内容のテストを受けることとする。

受講証書は受講者のうち、全講習時間の4分の3以上出席した者に対して発行するものとする。

## &lt;講習場所、期間及び人員&gt;

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				
神戸国際会議場 3階 神戸国際会議室	神戸市中央区港島中町6-9-1	自 平成31年 1月11日 至 平成31年 1月12日	日 2	人 170	全都道府県

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	
有楽町朝日ホール	千代田区有楽町2-5-1	自 平成31年 1月28日 至 平成31年 1月29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
神戸国際会議場 メインホール	神戸市中央区港島中町6-9-1	自 平成31年 1月11日 至 平成31年 1月12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

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	
札幌医科大学 講堂	札幌市中央区南1条西16丁目 臨床教育研究棟	自 平成30年12月17日 至 平成30年12月18日	2	220	北海道、青森県、 岩手県、宮城県、 秋田県、山形県、 福島県
有楽町朝日ホール	千代田区有楽町2-5-1	自 平成31年 1月30日 至 平成31年 1月31日	2	530	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
大阪府立国際会議場 イベントホール	大阪市北区中之島5-3-51	自 平成30年12月20日 至 平成30年12月21日	2	440	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
長崎ブリックホール 国際会議場	長崎市茂里町2-38	自 平成31年 1月17日 至 平成31年 1月18日	2	310	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. 院内感染関連微生物（耐性菌）  
Extended spectrum  $\beta$ -lactamase (ESBL)産生菌、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌 (CRE)、*Clostridioides difficile*、MRSA、バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)、多剤耐性緑膿菌 (MDRP)、多剤耐性アシネトバクター)
2. 院内感染対策における大規模医療機関の役割  
地域ネットワーク、災害時の感染対策
3. 院内感染における行政との連携  
薬剤耐性菌対策アクションプラン、新興感染症への対応（蚊媒介感染症対策を含め）
4. アウトブレイクとその対応  
アウトブレイク早期把握のための監視システム、アウトブレイク時の対策、事例の紹介
5. 院内感染の経路とその対策  
手指衛生の啓発活動、経路別予防策と個人防護具(PPE)、*Clostridioides difficile* 感染患者への対応
6. ワクチン、職業感染対策（院内感染の基本）
7. 消毒、滅菌（院内感染の基本）、環境ラウンド（ICT 関係）
8. デバイス関連感染症予防対策  
中心静脈カテーテル関連性血流感染、尿留置カテーテル関連性尿路感染、人工呼吸器関連性肺炎
9. 微生物検査の実際（染色・培養・迅速検査・MALDI TOF-MS・その他の遺伝子検査）
10. 手術部位感染予防（院内感染の基本）
11. 抗菌薬適正使用（院内感染の基本、ICT/抗菌薬適正使用支援）
12. 感染症サーベイランス  
中心静脈カテーテル関連血流感染、手術部位感染症（SSI）
13. 院内感染関連法令  
医療法、感染症法、廃棄物の処理及び清掃に関する法律等
14. 総合討論

講習時間：600分

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

医療関連感染の概念、感染リスクのとらえ方（宿主側要因、病原体側要因、医原性要因）、日和見感染症、介護と感染

2. 院内感染対策の組織的取り組み

感染対策の院内組織と役割分担、ICT活動の実践、感染対策における多職種連携、リンクナース活動、職員教育

3. 院内感染の経路とその対策

標準予防策の考え方、PPE、経路別予防策（空気予防策、飛沫予防策、接触予防策）、各種感染リスクと対応（デバイス関連感染、手術部位感染）

4. 院内環境整備

洗浄、滅菌・消毒（内視鏡も含む）、院内環境ラウンドのポイント、陰圧室・陽圧室の管理、院内清掃

5. 血液媒介感染と職業感染対策

血液媒介感染と血液曝露、職員の健康管理、職員の抗体保有状況の確認、職員へのワクチン接種

6. 院内感染関連微生物の特徴と国内外の状況

感染対策面で重要な各種病原体（耐性菌を含む細菌、ウイルス、マイコプラズマ、レジオネラ、真菌、抗酸菌等）の概要、新興感染症

7. 微生物検査法と感染症の診断

検体採取および取り扱い上の注意、微生物検査の実際（染色・培養、抗原検出、遺伝子検査、MALDI TOF-MS）、検査結果の評価、微生物検査の精度管理

8. 抗菌薬の適正使用

薬剤耐性菌対策アクションプラン、アンチバイオグラム、antimicrobial stewardship program、指針やガイドラインに基づく抗菌薬使用

9. 抗菌薬の PK/PD, TDM

PK/PD に基づく適切な抗菌薬投与法、TDM の実践、侵襲時における薬物動態

10. アウトブレイクとその対応

アウトブレイクの定義と早期把握のための監視システム、アウトブレイク時の対策（監視培養、遺伝子検査、環境調査など）、外部評価・支援、曝露後予防、アウトブレイク事例の紹介

11. 院内感染対策の地域および行政との連携（災害時の感染対策も含む）

地域ネットワークの構築、感染防止対策加算Ⅰ、Ⅱ取得施設の合同カンファレンスのありかた、保健所等との連携、災害時の感染対策と連携

12. 院内感染関連法令

医療法、感染症法、廃棄物の処理及び清掃に関する法律等

13. 総合討論

講習時間：600分

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)

滅菌・消毒の基本と臨床での活用(内視鏡消毒対策も含む)、環境ラウンドのポイント、デバイス関連感染症対策、手術部位感染予防対策(抗菌薬以外)、多職種による多面的感染対策のあり方、血液媒介感染と職業感染

2. 院内感染の経路とその対策

標準予防策と PPE、経路別予防策(空気予防策、飛沫予防策、接触予防策)、接触者対応(結核、流行性角結膜炎、インフルエンザ)、*Clostridioides difficile* 対策

3. 院内感染関連微生物とその検査法

耐性菌(extended spectrum  $\beta$ -lactamase (ESBL)産生菌、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、*Clostridioides difficile*、MRSA、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、多剤耐性アシネトバクター)。その他関連微生物(細菌、真菌、ウイルス)の概要、検体採取上の注意、微生物検査の実際(染色・培養・抗原検査・遺伝子検査)。

4. 抗菌薬の適正使用 (TDM も含む)

抗菌薬使用調査とその評価法、antimicrobial stewardship、抗菌薬許可制・届け出制のあり方、アンチバイオグラムの作成、治療抗菌薬の選択、TDM: グリコペプチド系薬、アミノグリコシド系薬などにおける目標血中濃度とそれに基づく投与設計、術後感染予防抗菌薬

5. アウトブレイクとその対応

アウトブレイクの定義と早期把握のための監視システム、アウトブレイク時の対策(監視培養、遺伝子検査、環境調査など)、外部評価、メディア対応、アウトブレイク事例の紹介

6. 療養病床・慢性期医療における感染制御

療養病床・慢性期医療における感染症の特徴、高齢者感染症、MRSA など耐性菌保菌者対策、インフルエンザ、ノロウイルス流行時の対応

7. 院内感染における行政との連携

薬剤耐性菌対策アクションプランとワンヘルス・アプローチ、新興感染症への対応(蚊媒介感染症対策を含め)

8. 院内感染関連法令

医療法、感染症法、廃棄物の処理及び清掃に関する法律等

9. 総合討論

講習時間：600分



## 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			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	(〒 - )							
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 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になっており、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。

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【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 )							
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。

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 )						
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	
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。

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 )			
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			
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。

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			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 )						
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		
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 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					
厚主対 生催策 労院講 働内講 働内感 省働染 働会	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。

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

都道府県名：

ふりがな ----- 申込者氏名	生年月日		大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)		男・女		
申込者住所	(〒 - )  (TEL )						
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 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 厚 生 省 対 策 委 員 会 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 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。

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

都道府県名：

ふりがな ----- 申込者氏名	生年月日		大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)		男・女	
申込者住所	(〒 - ) (TEL )					
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 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 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。

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 )						
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	
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 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 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。

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			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)		男・女
申込者氏名	(〒 - ) (TEL )					
申込者住所	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 厚 生 労働 省 対 策 委 員 会 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。

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 )						
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 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 主 催 省 院 内 感 染 会 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。

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。