

別紙

提出先	西部健康福祉センター地域医療課
E-mail	kfseibu-iryou@pref.shizuoka.lg.jp
提出期限	令和8年10月16日(金)

高齢者等入所施設の職員を対象とした感染症予防対策研修会(磐田会場)申込書 (令和8年10月27日(火)開催)

施設名(種類)	(種類: 特養・養護・軽費・グループホーム等)
担当者名	
連絡先(電話番号)	
メールアドレス	

1 出席者

職種(介護・看護・リハビリ・事務等)	氏名

2 貴施設で感染症発生時の対応マニュアルや手順書等がありますか。

ある ・ ない

3 感染症の発生時に、施設で工夫したことがありましたらご記入ください。

4 感染対策についての困り事等がありましたらご記入ください。