**NPO法人HAICS研究会**

**【サーベイランス相談会】申込書**

記入日　　20　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （フリカナ）  氏名 | （ ） |
| 所属施設名  所属部署名 |  |
| 連絡先メールアドレス | ＠ |
| 感染管理認定看護師としての経験年数 | 年 |
| 現在実施している  サーベイランスの種類 | あてはまるものすべてを〇で囲んでください  CAUTI、 CLABSI、 VAP/VAE、 SSI、 その他（　　　　　　　　） |
| 今回相談したい  サーベイランスの種類 | あてはまるものすべてを〇で囲んでください  CAUTI、 CLABSI、 VAP/VAE、 SSI、 その他（　　　　　　　　） |
| 希望する相談方法 | 希望する方法を〇で囲んでください。  Zoom  対面 |
| 相談内容  (現在悩んでいること  や困っていること) |  |
| その他、相談にあたり  特記したいこと |  |

※お知らせ頂きました内容については今回の相談以外に利用することはありません。