≪医療関連感染サーベイランス相談会≫参加申込書≫

2020年3月8日（日）開催

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 氏名 | （ふ　り　か　な） | |
| ②　所属施設名 |  | |
| ③感染管理認定看護師となって（　　）年目 | ④　CAUTIサーベイランス実施の有無　（　　）年間 | ⑤　CLABSIサーベイランス実施の有無　（　　）年間 |
| ⑥　現在悩んでいること（自由記載） |  | |