

令和 7 年度 院内感染対策講習会【医師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

|                                    |                        |                        |       |             |       |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|-------|-------------|-------|
| フリガナ<br>-----<br>申込者氏名             |                        |                        | 生年月日  | 西暦<br>年 月 日 | 男・女   |
| メールアドレス                            |                        |                        |       |             |       |
| 所属施設                               | 施設名                    | (TEL _____)            |       |             |       |
|                                    | 所在地                    | (〒 _____)              |       |             |       |
|                                    | 診療報酬<br>感染対策向上加算の有無    | 無 ・ 加算 1 ・ 加算 2 ・ 加算 3 |       |             |       |
|                                    | 感染対策チーム (ICT)<br>設置の有無 | 無 ・ 有                  |       |             |       |
| 医師免許                               | 医籍登録番号                 | 第 _____ 号              | 登録年月日 | 西暦          | 年 月 日 |
| 施設での役職                             |                        |                        | 診療科   |             |       |
| 臨床経験年数                             |                        | 年                      |       |             |       |
| 感染制御に関する<br>学会認定等の有無               |                        | 無 ・ 有 ( _____ )        |       |             |       |
| 厚生労働省主催<br>院内感染対策講習会<br>これまでの受講の有無 |                        | 無 ・ 有                  | 備考    |             |       |

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 7 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。  
 受講の可否については、都道府県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**の送付  
 及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムの URL の送付等）をいたします。  
 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。

令和 7 年度 院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

|                                    |                        |                        |       |             |     |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|-------|-------------|-----|
| フリガナ<br>-----<br>申込者氏名             |                        |                        | 生年月日  | 西暦<br>年 月 日 | 男・女 |
| メールアドレス                            |                        |                        |       |             |     |
| 所属施設                               | 施設名                    | (TEL )                 |       |             |     |
|                                    | 所在地                    | (〒 )                   |       |             |     |
|                                    | 診療報酬<br>感染対策向上加算の有無    | 無 ・ 加算 1 ・ 加算 2 ・ 加算 3 |       |             |     |
|                                    | 感染対策チーム (ICT)<br>設置の有無 | 無 ・ 有                  |       |             |     |
| 歯科医師免許                             | 歯科医籍<br>登録番号           | 第 号                    | 登録年月日 | 西暦 年 月 日    |     |
| 施設での役職                             |                        |                        | 診療科   |             |     |
| 臨床経験年数                             |                        | 年                      |       |             |     |
| 厚生労働省主催<br>院内感染対策講習会<br>これまでの受講の有無 |                        | 無 ・ 有                  | 備考    |             |     |

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 7 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。  
受講の可否については、都道府県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の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。  
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。

令和 7 年度 院内感染対策講習会【看護師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

|                                    |                        |                        |       |       |       |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|-------|-------|-------|
| フリガナ                               |                        |                        | 生年月日  | 西暦    | 男・女   |
| 申込者氏名                              |                        |                        | 年 月 日 | 年 月 日 |       |
| メールアドレス                            |                        |                        |       |       |       |
| 所属施設                               | 施設名                    | (TEL )                 |       |       |       |
|                                    | 所在地                    | (〒 - )                 |       |       |       |
|                                    | 診療報酬<br>感染対策向上加算の有無    | 無 ・ 加算 1 ・ 加算 2 ・ 加算 3 |       |       |       |
|                                    | 感染対策チーム (ICT)<br>設置の有無 | 無 ・ 有                  |       |       |       |
| 看護師免許                              | 登録番号                   | 第 号                    | 登録年月日 | 西暦    | 年 月 日 |
| 施設での役職                             |                        |                        | 配属診療科 |       |       |
| 臨床経験年数                             | 年                      |                        |       |       |       |
| 厚生労働省主催<br>院内感染対策講習会<br>これまでの受講の有無 | 無 ・ 有                  |                        | 備考    |       |       |

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 7 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。  
受講の可否については、都道府県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**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。  
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。

令和 7 年度 院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

|                                    |                        |                        |       |             |     |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|-------|-------------|-----|
| フリガナ<br>-----<br>申込者氏名             |                        |                        | 生年月日  | 西暦<br>年 月 日 | 男・女 |
| メールアドレス                            |                        |                        |       |             |     |
| 所属施設                               | 施設名                    | (TEL )                 |       |             |     |
|                                    | 所在地                    | (〒 - )                 |       |             |     |
|                                    | 診療報酬<br>感染対策向上加算の有無    | 無 ・ 加算 1 ・ 加算 2 ・ 加算 3 |       |             |     |
|                                    | 感染対策チーム (ICT)<br>設置の有無 | 無 ・ 有                  |       |             |     |
| 薬剤師免許                              | 名簿登録番号                 | 第 号                    | 登録年月日 | 西暦 年 月 日    |     |
| 施設での役職                             |                        |                        | 業務内容  |             |     |
| 臨床経験年数                             |                        | 年                      |       |             |     |
| 厚生労働省主催<br>院内感染対策講習会<br>これまでの受講の有無 |                        | 無 ・ 有                  | 備考    |             |     |

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 7 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。  
受講の可否については、都道府県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**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。  
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。

令和 7 年度 院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

|                                    |                        |                        |       |             |     |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|-------|-------------|-----|
| フリガナ<br>-----<br>申込者氏名             |                        |                        | 生年月日  | 西暦<br>年 月 日 | 男・女 |
| メールアドレス                            |                        |                        |       |             |     |
| 所属施設                               | 施設名                    | (TEL )                 |       |             |     |
|                                    | 所在地                    | (〒 - )                 |       |             |     |
|                                    | 診療報酬<br>感染対策向上加算の有無    | 無 ・ 加算 1 ・ 加算 2 ・ 加算 3 |       |             |     |
|                                    | 感染対策チーム (ICT)<br>設置の有無 | 無 ・ 有                  |       |             |     |
| 技師免許                               | 登録番号                   | 第 号                    | 登録年月日 | 西暦 年 月 日    |     |
| 施設での役職                             |                        |                        |       | 配属部署        |     |
| 臨床経験年数                             |                        | 年                      |       |             |     |
| 厚生労働省主催<br>院内感染対策講習会<br>これまでの受講の有無 |                        | 無 ・ 有                  |       | 備考          |     |

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 7 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。  
受講の可否については、都道府県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**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。  
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。