**感染地域ネットワーク登録用紙（変更届）**

**年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 加算取得状況（該当があれば〇） | 感染対策向上加算　1，　2，　3外来感染対策向上加算 |
| 連絡担当者名/職種 |  |  |
| 連絡先（TEL/FAX/E-mail） | TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| 感染制御部HPへの掲載について | □　　希望しない | 注：未記入の場合は掲載いたします。 |

上記に必要事項を記載し，メールまたはFAXで下記担当者までお申し込み下さい。

※登録医療機関は，今後様々な感染症・感染対策に関する情報共有や，感染危機管理

チーム（アドバイザー）への相談・支援要請が可能となります。

問い合わせ先

〒770-8503

徳島市蔵本町2丁目50-1

徳島大学病院感染制御部

TEL：088-633-7041

E-mail：t.karasumi@tokushima-u.ac.jp