**別　紙**

石川県健康福祉部医療対策課　医療指導グループ　福島あて

MAIL：iryokino@pref.ishikawa.lg.jp

FAX：076-225-1434

※ご案内の都合上、原則、メールでのご返信をお願いします。メールの場合は、申込書の添付もしくは、本文に必要事項を記載してお申し込みください。

メール件名：「医療機関・施設名」　講習会参加申し込み

　　　本文：申込書の添付　または　下記事項を記載

令和２年度石川県院内感染対策講習会参加申込書

（機関名）

（記入者）ご所属

ご氏名

電話番号

メール

○講習会の参考にさせていただきたいので、下記のアンケートにご協力をお願いします。

・貴施設内で受講予定の方の人数、職種をご記入ください。

（ex.医師１人、看護師１人、事務職１人）

・感染拡大防止対策について、質問等がありましたらご記載ください。

申込み期限：令和２年12月２日（水）