

受付番号:

【相談票】新型コロナウイルスに関する感染防止対策

■相談者が記入

相談票送付日	
施設名	
施設住所(町名まで)	
所属	
担当者氏名	
電話番号	
メールアドレス	
支援依頼に関する施設管理者又は所属長の承諾	承諾あり() 承諾なし()
現在の職員や利用者、患者の陽性者	無() 有(名程度)
希望する支援方法	電話やメール() 訪問指導() 研修会講師()
相談内容	<記載はできるだけ具体的にお願いします。>

熊本大学生命科学研究部(熊本県感染管理ネットワーク)に送付
(メールアドレス: kumamin@kumamoto-haic.net)

■熊本大学生命科学研究部が記入

相談票の受付	
受付日	
受付者	
相談票の送付先	
送付日	
送付先の氏名	

■対応者が記入

相談票受付日	
所属医療機関名	
対応者氏名	
対応予定日	
対応方法	<input type="checkbox"/> 現地指導 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 研修会 <input type="checkbox"/> その他()