

## 講習会①受講申込の留意事項

### (1) 対象者

次の要件のいずれかに該当する方の中から各医療機関原則1名となります。

#### 《講習会①》

院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等に勤務する医師、歯科医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として当該施設長の推薦する者。

- ・施設内感染について指導的立場を担う者（又は指導的立場を担う予定の者）
- ・院内感染対策委員会やインфекション・コントロール・チーム等の感染制御に関する施設内組織に所属する者（又は感染制御に関する施設内組織に所属する予定の者）

### (2) 推薦枠

都道府県で推薦枠が決まっており、申込数が推薦枠を超えた場合は、申し込みいただいても受講できない場合があります。

参考：令和4年度の高知県の推薦枠 22名

### (3) 受講申込方法

・ホームページに掲載しております「受講申込書」にご記入のうえ、下記【連絡先】までメール又はFAXにて提出をお願いいたします。

なお、要件を満たしているかどうかの確認のため、受講申込書の「施設での役職」及び備考欄の「院内感染対策委員会での役割」は必ず記入してください。

受講申込書の記載ミスによる受講証書の再発行はできないため、受講申込書の誤字・脱字には注意してください。

【連絡先】高知県健康政策部医療政策課 担当者：下田

E-mail 131301@ken.pref.kochi.lg.jp

FAX 088-823-9137

・各医療機関原則1名としておりますが、申込締め切り後、推薦枠に余裕がある場合は、申し込んだ施設に対して、追加募集の連絡を行う予定としております(推薦枠を満している場合は募集を行いません)。

追加募集に関するメールを希望する場合は、申込書提出時に下記事項をメール本文又はFAX送信票にご記入下さい。

#### 【追加募集に関するメール希望の場合】

- ・追加募集メールの送信先アドレス
- ・ご担当者氏名

### (4) 申込締め切り：**令和4年8月26日(金)まで**

\*原則として、提出期限以降の推薦（追加・変更を含む）は認めません。

### (5) 受講決定および受講について

- ・受講決定につきましては、厚生労働省より通知があり次第、受講決定者に通知します。なお、受講者決定に漏れた場合もお知らせいたします。
- ・受講決定後の受講者の変更は、代理受講を含め一切認められませんので、提出の際は十分考慮いただきますようお願いいたします。