令和　年　月　日

産業医科大学若松病院

病院長　　殿

〇〇法人〇〇〇

〇　〇　〇　〇

感染関連加算の取得に係る願書

下記のとおり感染関連加算の取得に関して、貴院との連携を希望します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設基準の  取得状況  ※取得予定も含む | | 感染対策向上加算1  　感染対策向上加算2  　感染対策向上加算3  　外来感染対策向上加算  　連携強化加算  　サーベイランス強化加算  ※取得予定の場合は、算定予定の時期を以下に記入してください。  算定予定年月：令和　　年　　月 |
| 組織  情報 | 組織名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者  情報 | 担当者名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 電話番号 | ※直通がある場合は直通の番号を記入してください。 |
| E-maii |  |

以　上