

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	<input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 2 <input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 3 <input type="checkbox"/> 外来感染対策向上加算 <input type="checkbox"/> 連携強化加算 <input type="checkbox"/> 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-mai	

以 上