院内感染予防対策に係る申出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

代表者名

下記職員については，本院において適切な院内感染予防対策を講じていることを申し出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　　名 | 氏　　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |