文書番号

令和　年　月　日

福岡大学筑紫病院長

河　村　　　彰　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

文書番号

文書番号がない場合は削除してください。

令和〇年〇月〇日

福岡大学筑紫病院長

河　村　　　彰　殿

機関印又は代表者印を押印のうえ、ご提出ください。

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。

取得する加算を選択し、取得予定時期を記入してください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設基準の施設基準の届出に記載する開設者（公立病院であれば各自治体の首長、法人格は理事長等）を記入してください。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 | 加算に必要な連絡事項（カンファレンスや訓練の実施等）をするにあたり、実務を担当される方や連絡窓口になられる方をご記入ください。※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