院内感染対策相談票

提出日：　　年　　月　　日

施設名称	
ふりがな	
記載者名	
回答を希望する職種（複数回答可）	☐ 医師　☐ 看護師　☐ 薬剤師　☐ 臨床検査技師 ☐ その他（　　）
希望する回答方法	☐ メール　☐ FAX
ご連絡先	所在地：
	電話番号：　　FAX 番号：
	E-mail：

相談内容　※具体的に記載してください。