

令和6年度「高齢者施設等における感染症対応力の向上」事業 申 込 書

施設名： _____

所在地：（〒 — ） _____

氏名： _____

連絡先 TEL： _____ / FAX： _____

E-mail： _____

研修会参加者名： _____ 職種： _____

【参加予定の日程の番号を記載してください】 

● 高齢者施設等の感染対策研修会

参加希望研修会番号： 第 1 回 _____ 第 2 回 _____ 第 3 回 _____

- * 受講希望のない回は空欄のままお送りください。第1回のみ参加でもかまいません。
- * 各回の参加者には「受講証」を配布いたします。
- 第1回、第2回両方ご参加いただいた方のみ第3回にご参加いただけます。
- 全3回ご参加いただいた方には「修了証」を配布いたします。

● 実地指導について

- * 実地指導についても申し込み窓口は該当郡市医師会になります。まずは研修会に参加し、施設における感染対策について理解を深めていただいたうえで、お申し込みください。詳細は研修会にてお知らせいたします。
- * 医師、看護師等の感染対策の専門的知識を持つ人材が派遣されます。
- * 応募総数によっては、来年度以降の対応となることもあります。

※なお、研修会は介護報酬における高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の算定要件に該当し、実地指導については高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）の算定要件に該当する内容です。

清掃の仕方は
合っているのかな？

施設のここ
気になるな～

新型コロナウイルス以外の感
染症の対策も知りたいな。



今さら聞けない
こんなことあんなこと…
学んで備えるチャンス！