

F A X 送信先 0749-22-6093

彦根市立病院 地域医療連携室

様式 1

「外来感染対策向上加算」の連携依頼書

年 月 日

彦根市立病院（感染対策向上加算 1）との連携を希望される場合は、□にチェックを入れてください。下記の医療機関情報をご記入の上、彦根市立病院 地域医療連携室（TEL0749-22-6093）へ FAX 送信ください。

彦根市立病院（感染対策向上加算 1）との連携を希望します。

外来感染対策向上加算（6点）

サーベイランス強化加算（1点）

連携強化加算（3点）

算定開始月を教えてください 届出日 年 月 日

算定開始月 年 月

上記により、連携医療機関として申し込みます。

医療機関名

代表者 役職 氏名

院内感染管理者

〒

住所

電話番号

FAX 番号

メールアドレス

* 今後のカンファレンス参加方法についての確認です。ご施設では、zoom の対応が可
ですか。 可能 不可能

彦根市立病院
地域医療連携室