**「外来感染対策向上加算」の連携依頼書**　　　　　年　　月　　日

様式１

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、□にチエ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