

感染管理認定看護師養成推進事業
 - 200 床未満の病院等の感染管理認定看護師の配置促進 -
 申請書

2023 年 月 日

公益社団法人 日本看護協会
 会長 福井 トシ子 様

施設印

施設名：医療法人〇〇病院

代表者： 医療 太郎

所在地：〒××××-××××

××××××××××××××××

(郵便番号を必ずご記載ください)

病院

当施設に所属する以下の看護師につきまして、2023 年度の認定看護師教育機関 (感染管理分野) 入学に係る受講費用の助成を申請いたします。

1. 入学者の情報

氏 名	看護 花子
生 年 月 日	西暦 19××年 ×月 ×日
教育機関名	△△教育センター

確認の上、必ず
記入してください

教育機関名は正確に記入してください

【申請にあたっての確認事項】 *□に✓を入れてください

申請にあたり、当該看護師から個人情報提出の同意を得ています。

2. 施設の情報

施設種別	<input checked="" type="radio"/> 病院 / <input type="radio"/> 介護施設 *該当する施設種別1つに○をしてください
(病院のみ) 許可病床数	154 床

施設種別「病院」を選択された場合、
許可病床数を記入してください。

【申請にあたっての確認事項】 *□に✓を入れてください

当施設には、感染管理認定看護師は在籍していません。

【連絡先】 ※申請内容について確認が生じた際の連絡先をご記入ください。

氏 名：表参道 けやき

電話番号：××-××××-×××× メールアドレス：××@××××