

医療連携申請用紙

感染対策向上加算2・3、外来感染対策向上加算、連携強化加算について

平素より当院の運営にご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。
当院（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いただき、
医療機関情報をご記入の上、当院の感染管理室宛に郵送またはメールに添付してお申込みください。
なお、詳細についてはお申込み受付後、近日中に感染管理担当より連絡いたします。

感染対策向上加算 2

感染対策向上加算 3

外来感染対策向上加算

連携強化加算

令和 年 月 日

上記により、連携医療機関として申込みいたします。

【医療機関情報】

フリガナ				
医療機関名				
フリガナ				
開設者名				
所在地	(〒 -)			
連絡先 (担当者)	氏名		電話番号	
	メールアドレス		FAX番号	

【お問い合わせ・連絡先】

〒258-0003
神奈川県足柄上郡松田町松田惣領866-1
神奈川県立足柄上病院
感染管理室
TEL 0465-83-0351
メール ashikami_ict.1511@kanagawa-pho.jp