

医政第 259 号の 3
平成 30 年 10 月 11 日

一般社団法人静岡県医師会長 様
一般社団法人静岡県歯科医師会長 様
公益社団法人静岡県薬剤師会長 様
静岡県病院薬剤師会長 様
公益社団法人静岡県看護協会会長 様
一般社団法人静岡県臨床衛生検査技師会長 様
公益社団法人静岡県病院協会会長 様
公益社団法人全国自治体病院協議会静岡県支部長 様
静岡県精神科病院協会会長 様
静岡県老人保健施設協会会長 様
一般社団法人静岡県助産師会長 様

静岡県健康福祉部長



平成 30 年度院内感染対策講習会について (通知)

本県の健康福祉行政につきましては、日頃から格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記研修会の開催について、別添のとおり厚生労働省医政局長から通知がありましたのでお知らせします。

つきましては、受講希望者の募集を行いますので、貴会会員への周知につき御配慮願います。

なお、各病院には、別途通知しましたので申し添えます。

担 当 医療政策課医務班
電話番号 054-221-2417

別紙

平成 30 年度院内感染対策講習会参加申込みについて

1 対象者

(1) 実施要領 1 ①の講習会

特定機能病院において院内感染対策を実施する医師、歯科医師、薬剤師又は看護師であって、施設長が推薦する者

(2) 実施要領 1 ②の講習会

院内感染対策に関して、地域において指導的な立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師であって、次に掲げる要件のいずれかに該当し、施設長が推薦する者

- ・施設内感染について指導的立場を担う者（又は指導的立場を担う予定の者）
- ・院内感染対策委員会やインフェクション・コントロール・チーム等の感染制御に関する施設内組織に所属する者（又は感染制御に関する施設内組織に所属する予定の者）

(3) 実施要領 1 ③の講習会

病院、診療所又は助産所に勤務する者であって、施設長が推薦する者

2 提出書類

- ・受講申込書（通知中の別添 2 の留意事項に定める別紙 1 の様式） 1 部
- ・施設長の推薦書（任意様式、施設長の押印のあるものとする） 1 部

3 申込人数

(1) 実施要領 1 ②の講習会

1 施設につき医師、歯科医師、薬剤師、看護師から 2 名以内

(2) 実施要領 1 ②の講習会

1 施設につき医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師から 3 名以内

(3) 実施要領 1 ③の講習会

1 施設につき医師、歯科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、その他から 3 名以内

4 提出先等

郵送により下記あて提出してください。

○提出先

静岡県健康福祉部医療政策課医務班

〒420-8601 静岡市葵区追手町 9 番 6 号

5 申込期限

平成 30 年 10 月 24 日（水）必着

6 留意事項

- 受講申込書は、必ず受講者本人が記載してください。（受講申込書を基に受講証書を発行するため、誤字・脱字のないよう注意してください。なお、受講申込書の記載ミスによる受講証書の再発行は原則行いませんので、あらかじめ御承知願います。）
- 受講申込書の一番下の欄については、対象として該当する講習会に「○」印を付けてください。（②及び③の両方とも該当する場合は、受講希望順位を必ず記載してください。）
- 指定場所以外への受講場所の変更はできないため、申込みに当たって御留意願います。
- 受講決定後における受講者の変更については、代理受講も含めて一切認めません。
- 例年、申込者多数となり受講できない方もいらっしゃるため、申込は確実に受講できる方のみとして下さい。なお、受講決定後に辞退があった場合、当該施設の申込者の来年度以降の推薦順位が低くなりますので、御留意願います。

7 その他

- 本県の推薦枠に限りがあるため、申込みをしても受講できない場合がありますので、あらかじめ御承知ください。
※申込者多数の場合は、県において、昨年度までの当該講習会への受講状況等を勘案し選考します。
- 受講者の決定については、厚生労働省からの通知により平成 30 年 11 月上旬を目途に通知予定です。