

高齢者入所施設等における新型コロナウイルス感染症
感染制御・業務継続支援チーム派遣事業登録申請書

大阪市保健所長

チーム代表者	令和 年 月 日
住 所	〒 -
フリガナ 氏 名	
職 種	
電 話 番 号	
電 子 メ ー ル	

所 属 す る 医 療 機 関 等 所 在 地	〒 -
フリガナ 医療機関等名	
電 話 番 号	

高齢者入所施設等における新型コロナウイルス感染症感染制御・業務継続支援チーム派遣事業への登録を希望しますので、次のとおり申請します。

記

1 チームの構成員

①	住 所	〒 -
	フリガナ 氏 名	
	職 種	
	電 話 番 号	
	電 子 メ ー ル	
	感染制御・業務継続支援の経験	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	所 属 す る 医 療 機 関 等 所 在 地	〒 -
	フリガナ 医療機関等名	
	電 話 番 号	

②	住 所	〒 -
	フリガナ氏名	
	職 種	
	電 話 番 号	
	電子メール	
	感染制御・業務継続支援の経験	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	所属する医療機関等所在地	〒 -
	フリガナ医療機関等名	
	電 話 番 号	

③	住 所	〒 -
	フリガナ氏名	
	職 種	
	電 話 番 号	
	電子メール	
	感染制御・業務継続支援の経験	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	所属する医療機関等所在地	〒 -
	フリガナ医療機関等名	
	電 話 番 号	

④	住 所	〒 -
	フリガナ氏名	
	職 種	
	電 話 番 号	
	電 子 メール	
	感染制御・業務継続支援の経験	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	所属する医療機関等所在地	〒 -
	フリガナ医療機関等名	
電 話 番 号		

2 登録の認定要件の確認

①	感染制御・業務継続支援の経験 令和 年 月 日 実施
②	感染制御・業務継続支援の経験 令和 年 月 日 実施
③	感染制御・業務継続支援の経験 令和 年 月 日 実施
④	感染制御・業務継続支援の経験 令和 年 月 日 実施

※ 1で「あり」とした事例について、記載してください。

3 誓約事項

①	感染制御・業務継続支援の経験について、事実相違ありません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	高齢者入所施設等における新型コロナウイルス感染症感染制御・業務継続支援チーム派遣事業実施要綱を遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
氏 名			

②	感染制御・業務継続支援の経験について、事実相違ありません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	高齢者入所施設等における新型コロナウイルス感染症感染制御・業務継続支援チーム派遣事業実施要綱を遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
氏 名			

③	感染制御・業務継続支援の経験について、事実相違ありません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	高齢者入所施設等における新型コロナウイルス感染症感染制御・業務継続支援チーム派遣事業実施要綱を遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
氏 名			

④	感染制御・業務継続支援の経験について、事実相違ありません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	高齢者入所施設等における新型コロナウイルス感染症感染制御・業務継続支援チーム派遣事業実施要綱を遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
氏 名			