（様式第２号）

島根県院内感染制御ネットワーク

相談受付　回答票

|  |  |
| --- | --- |
| 回答  年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 受付施設名 |  |
| 記載者名 |  |
| 回答者  連絡先 | ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  Ｅ－ｍａｉｌ： |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談内容の概略 |  |

|  |
| --- |
| 回答内容：  その他：　例：電話からの情報では回答が出来なかった。  　　　　　例：詳細について、○○病院　検査技師の○○さんへ相談を転送した。 |

事後に相談票・回答票を島根大学医学部附属病院感染制御部までお送り下さい。