（様式第1号）

島根県院内感染制御ネットワーク

相談票

|  |  |
| --- | --- |
| 相談年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 施設名 |  |
| 記載者名 |  |
| 回答連絡先 | ＴＥＬ：ＦＡＸ：Ｅ－ｍａｉｌ： |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談先 |  |

|  |
| --- |
| 相談内容：内容を具体的に記載して下さい。 |