



保健所設置市保健福祉主管部 (局) 長 殿

医第 1952 号
令和元年 10 月 17 日

神奈川県健康医療局保健医療部長
(公 印 省 略)

令和元年度院内感染対策講習会について (依頼)

このことについて、別添のとおり令和元年 10 月 4 日付け医政発 1004 第 8 号により厚生労働省医政局長から依頼がありましたので、貴市所管の病院、診療所及び助産所に本講習会の趣旨及び昨年度同様に講習会が次の 3 種類になっていること並びに医療機関から厚生労働省への直接提出は受け付けていないことをお知らせください。

また、今年度に限り受講希望のとりまとめを医療課が実施しますので、令和元年 10 月 28 日 (月) (必着) までに受講希望する医療機関は受講申込書を当部医療課あてご提出いただくようご案内ください。

- ① 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会 (詳細は別紙 1 参照)
- ② 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 (詳細は別紙 2 参照)
- ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 (詳細は別紙 3 参照)

【医療機関から医療課への受講申込書送付先】

〈FAX〉 令和元年 10 月 28 日 (月) 必着

045-210-8856

神奈川県健康医療局保健医療部医療課法人指導グループ

山口 宛て 院内感染対策講習会申込書

問合せ先

医療課法人指導グループ 山口

電話 045-210-1111 内線 4871

(別紙1)

- ① 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

| 項目 | 内容 |
|---------|---|
| 日時 | 令和元年12月17日(火)、18日(水) |
| 会場 | TKP 田町カンファレンスセンター ホールB (東京都港区芝5-29-14) |
| 対象者 | 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、看護師又は臨床検査技師であって、施設長の推薦する者 |
| 本県の推薦枠 | 8名 |
| 申込上の留意点 | <ul style="list-style-type: none">・ 受講申込書は必ず受講者本人が記入してください。・ 受講申込書を基に受講証書を発行するので、誤字・脱字がないように記載してください。・ 受講申込書の様式は、【特定機能病院】用を使用してください。・ 受講決定通知は、本年11月中旬を目途に予定しています。・ 受講者決定後の受講者の変更は、原則として認めません。・ 代理受講については一切認めません。 |

(別紙2)

② 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会

| 項目 | 内容 |
|---------|---|
| 日時 | 令和2年1月15日(水)、16日(木) |
| 会場 | 赤羽会館 講堂 (東京都北区赤羽南1-13-1) |
| 対象者 | 院内感染対策に関して、地域において指導的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、薬剤師又は臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者 ・ <u>施設内感染について指導的立場を担う者</u> (又は指導的立場を担う予定の者) ・ <u>院内感染対策委員会やインфек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</u> (又は感染制御に関する施設内組織に所属する予定の者) |
| 本県の推薦枠 | 68名 |
| 申込上の留意点 | <ul style="list-style-type: none">・ 受講申込書は必ず受講者本人が記入してください。・ 受講申込書を基に受講証書を発行するので、誤字・脱字がないように記載してください。・ 受講申込書の様式の一番下の欄については、②にしるしを付して提出してください(ただし、②、③両方希望しても差し支えありません。その場合は、<u>受講希望順位を必ず記載してください。</u>)。・ 受講決定通知は、本年11月中旬を目途に予定しています。・ 受講者決定後の受講者の変更は、原則として認めません。・ 代理受講については一切認めません。 |

(別紙3)

③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

| 項目 | 内容 |
|---------|---|
| 日時 | 令和2年1月22日(水)、23日(木) |
| 会場 | 赤羽会館 講堂 (東京都北区赤羽南1-13-1) |
| 対象者 | 地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床の別に関わらず)又は助産所に勤務する者であって、施設長の推薦する者 |
| 本県の推薦枠 | 112名 |
| 申込上の留意点 | <ul style="list-style-type: none">・ 受講申込書は必ず受講者本人が記入してください。・ 受講申込書を基に受講証書を発行するので、誤字・脱字がないように記載してください。・ 受講申込書の様式の一番下の欄については、③にしるしを付して提出してください(ただし、②、③両方希望しても差し支えありません。その場合は、<u>受講希望順位を必ず記載してください。</u>)。・ 受講決定通知は、本年11月中旬を目途に予定しています。・ 受講者決定後の受講者の変更は、原則として認めません。・ 代理受講については一切認めません。 |

医政発1004第8号
令和元年10月4日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

令和元年度院内感染対策講習会について (依頼)

院内感染対策の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、院内感染対策の一環として、医療機関等に勤務する医師、歯科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等を対象に、院内感染対策について理解を深めることを目的とした講習会を別添1「令和元年度院内感染対策講習会実施要領」により実施することとしたので通知します。

貴職におかれましては、各医療機関等に本講習会の趣旨を周知するとともに、受講希望者の推薦について、別添2「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」を参考に各医療機関等の受講申込書を取りまとめの上、下記の通り提出をお願いします。

また、独立行政法人国立病院機構に属する病院、国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人地域医療機能推進機構に対しては貴職より周知をお願いしますが、厚生労働省所管の国立ハンセン病療養所に対しては貴職より周知は不要ですのでご了知下さい。

記

1. 提出内容：別紙1、別紙3-1、別紙3-2
2. 提出期限：令和元年10月30日（水）
3. 提出方法：郵送（別紙1、別紙3-1、別紙3-2）
電子メール（別紙3-1、別紙3-2）

4. 提出先：厚生労働省医政局地域医療計画課

救急・周産期医療等対策室 へき地医療係 岩田

住所：東京都千代田区霞が関1-2-2

E-mail:iwata-akihiro@mhlw.go.jp

照会先

厚生労働省医政局地域医療計画課

救急・周産期医療等対策室

電話：03-5253-1111

FAX：03-3503-8562

へき地医療係

岩田 章裕（内線2551）

令和元年度院内感染対策講習会実施要領

1. 目的

近年、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、多剤耐性緑膿菌、多剤耐性アシネトバクター及びノロウイルスをはじめとした各種の病原体に起因する院内感染の発生や、医療技術の高度化による感染症に対する抵抗力が比較的低い患者の増加などから、医療機関においては、最新の科学的知見に基づいた適切な院内感染対策の実施が求められているところである。

院内感染対策については、個々の医療従事者ごとに対策を行うのではなく医療機関全体として取り組むことが重要であることから、全ての職員に対する組織的な対応方針の指示や教育等を行うことが重要である。

これらの状況を踏まえ、次に掲げる講習会を通じて最新の科学的知見に基づいた適切な知識を普及・啓発することで、わが国における院内感染対策をより一層推進することを目的とする。

- ① 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会
- ② 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会
- ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

2. 対象

- (1) 「1. 目的」の①については、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、看護師又は臨床検査技師であって、当該施設長の推薦する者。
- (2) 「1. 目的」の②については、院内感染対策に関して、地域において指導的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、薬剤師又は臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として当該施設長の推薦する者。
- (3) 「1. 目的」の③については、地域の医療連携体制の構築が求められる病院、診療所又は助産所に勤務する者であって、当該施設長の推薦する者。

3. 受講者の推薦及び決定

都道府県及び厚生労働省医政局医療経営支援課（以下「都道府県等」という。医療経営支援課については、国立ハンセン病療養所に勤務する者の推薦のみ行う。）は、「2. 対象」で定める対象のうちから院内感染対策の推進に当たって効果の期待できる者を推薦者として選考し、厚生労働省医政局長に推薦するものとする。厚生労働省医政局長は、都道府県等から推薦のあった者のうちから受講者を決定し、都道府県等に通知するものとする。

4. 研修事業実施者

厚生労働省の委託により、株式会社リベルタス・コンサルティングが実施するものとする。

5. 講習場所、講習期間及び講習定員

別紙①のとおりとする。

6. 講習内容

別紙②を標準とする。なお、詳細については別途連絡するものとする。

6. 受講経費

受講者からは受講料を徴収しないものとする。なお、受講者の受講地への旅費、滞在費及び宿泊費については受講者側の負担とする。

7. その他

受講するために必要な筆記用具等は、受講者が持参するものとする。

宿泊施設については、受講者において準備するものとする。

講習会テキストの送付方法等については、別途連絡するものとする。

受講証書は受講者のうち、全講習時間の4分の3以上出席し、受講前と受講後のテストを受けた者に対して発行するものとする。

〈講習場所、期間及び人員〉

①. 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

| 講習場所 | | 講習期間 | 講習日数 | 講習人員 | 対象都道府県 |
|------------------------------|---------------|--------------------------------|--------|----------|--------|
| 施設名 | 所在地 | | | | |
| TKP 田町カンファレンスセンター ホールB | 東京都港区芝5-29-14 | 自 令和元年 12月17日 至 令和元年 12月18日 | 日 2 | 人 172 | 全都道府県 |

〈講習場所、期間及び人員〉

②. 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会

| 講習場所 | | 講習期間 | 講習日数 | 講習人員 | 対象都道府県 |
|---------------------------|-------------------------|------------------------------|------|------|---|
| 施設名 | 所在地 | | 日 | 人 | |
| 赤羽会館 講堂 | 東京都北区赤羽南1-13-1 | 自 令和2年 1月15日 至 令和2年 1月16日 | 2 | 420 | 北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、山梨県、長野県、静岡県、石川県 |
| TKPガーデンシティ 大阪リバーサイドホテル | 大阪府大阪市都島区 中野町5-12-30 | 自 令和2年 1月15日 至 令和2年 1月16日 | 2 | 380 | 福井県、岐阜県、三重県、愛知県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、山口県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県 |

〈講習場所、期間及び人員〉

③. ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

| 講習場所 | | 講習期間 | 講習日数 | 講習人員 | 対象都道府県 |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|------|------|--|
| 施設名 | 所在地 | | 日 | 人 | |
| 札幌市男女共同参画センター ホール | 札幌市北区北8条西3丁目 札幌エルプラザ内1階 | 自 令和2年1月22日 至 令和2年1月23日 | 2 | 220 | 北海道、青森県、 岩手県、宮城県、 秋田県、山形県、 福島県 |
| 赤羽会館 講堂 | 東京都北区赤羽南1-13-1 | 自 令和2年1月22日 至 令和2年1月23日 | 2 | 560 | 茨城県、栃木県、 群馬県、埼玉県、 千葉県、東京都、 神奈川県、新潟県、 富山県、山梨県、 長野県、静岡県、 石川県 |
| TKPガーデンシティ 大阪リバーサイドホテル | 大阪府大阪市都島区 中野町5-12-30 | 自 令和2年1月22日 至 令和2年1月23日 | 2 | 400 | 福井県、岐阜県、 愛知県、三重県、 滋賀県、京都府、 大阪府、兵庫県、 奈良県、和歌山県、 鳥取県、島根県、 岡山県、広島県、 徳島県、香川県、 愛媛県、高知県 |
| 長崎総合福祉センター5階 大会議室 | 長崎県長崎市茂里町3-24 | 自 令和2年1月22日 至 令和2年1月23日 | 2 | 320 | 山口県、福岡県、 佐賀県、長崎県、 熊本県、大分県、 宮崎県、鹿児島県、 沖縄県 |

講習内容

①. 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

1. 院内感染の基本（ICTも含む）
2. 院内感染の経路とその対策
3. 院内感染関連微生物とその検査法（国内外の最新の状況についても）
4. アウトブレイクとその対応
5. 院内感染対策における大規模医療機関の役割
6. 感染症サーベイランス
7. 院内感染における行政との連携
8. 院内感染関連法令
9. 総合討論

講習時間：600分程度

②. 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される
病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会

1. 院内感染の基本（ICT も含む）
2. 院内感染の経路とその対策
3. 院内感染関連微生物とその検査法
4. アウトブレイクとその対応
5. 院内感染対策の地域連携
6. 院内感染における行政との連携
7. 院内感染関連法令
8. 総合討論

講習時間：600 分程度

③. ②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

1. 院内感染の基本（ICT も含む）
2. 院内感染の経路とその対策
3. 院内感染関連微生物とその検査法
4. アウトブレイクとその対応
5. 療養病床・慢性期医療における感染制御
6. 院内感染における行政との連携
7. 院内感染関連法令
8. 総合討論

講習時間：600 分程度

院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項

【対象施設に対する周知について】

○ 本講習会を3つに分けていること。 その整理は以下のとおりである。

- ① 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会を実施すること
(以下「講習会①」とする)

<対象者>

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、看護師又は臨床検査技師であって、
施設長の推薦する者

- ② 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会を実施すること
(以下「講習会②」とする)

<対象者>

院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが
期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師又は
臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を
担う者として施設長の推薦する者。

- ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会を実施すること
(以下「講習会③」とする)

<対象者>

地域の医療連携体制が求められる病院、診療所（有床、無床
の別に関わらず）又は助産所に勤務する者であって、施設長の
推進する者。

- 本講習会の受講者の募集に際し、都道府県内全ての対象となる医療機関に対して周知を図ること（各都道府県から管内医療機関への周知の段階で、特定の施設に対象を限定することのないようにすること）。
- 特に昨年度までに受講実績のない施設や小規模な施設に対して、積極的な参加が促されるよう周知を図ること。
- 厚生労働省所管の国立ハンセン病療養所の職員については、当省の担当課を通じて別途申請を受けることとしており、各都道府県の推薦枠による推薦は必要ないことについて留意すること。
- 独立行政法人国立病院機構に属する病院、独立行政法人国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人地域医療機能推進機構に属する病院の職員については、各都道府県の推薦枠による推薦を受けることとなっているので、周知の漏れ等が無いように留意すること。

【対象施設における選考について】

- 講習会①、②又は③の対象となる各施設の長は推薦者（以下「施設推薦者」とする）を決定し、所定の受講申込書（別紙1）により各都道府県に申請すること（職種別に様式が異なるため留意すること）。
ただし、講習会②については、次に掲げる要件のいずれかに該当する医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師であること。
 - ・ 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фек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）
- 受講申込書の記入に当たっては、必ず受講者本人が記入すること。また、受講申込書を基に受講証書を発行するので、誤字・脱字のないようにすること（原則として、受講申込書の記載ミスによる受講証書の再発行はしない。）。
また、受講申込書の様式の一番下の欄については、対象として該当する講習会にするし（講習会②又は③の両方とも対象として該当する場合は、受講希望順位）を付して提出すること。

【各都道府県における選考について】

- 各都道府県においては、講習会①、②又は③に関する施設推薦者に各々優先順位を付して取りまとめ、都道府県推薦者として決定すること。
- 都道府県推薦者の決定に当たっては、以下に掲げる事項や各都道府県の実情等を十分に考慮すること。
 - ・ 昨年度までに受講実績のない施設の職員が受講可能となるよう、都道府県推薦者の取りまとめに際して十分配慮すること。
 - ・ 都道府県推薦枠（別紙2：講習会①については各施設2名に設定し、講習会②及び③については昨年度の受講希望者数及び受講決定者数等を参考に各都道府県別に設定したもの）の範囲内で都道府県推薦者を決定すること。なお、同一人物が講習会②及び③の両方とも推薦されることが無いように決定すること。（講習会②と③は講習目的、対象者を異にするが、講習内容に類似する部分があることが想定されるため）
 - ・ 特定の施設に推薦者が集中しないよう、都道府県において必要な調整を行うこと。例えば、より多くの施設の職員が受講可能となるよう、講習会②及び③においては、同一施設からの推薦は原則として（職種を問わず）1名（病院については、講習会②と③それぞれ1名ずつとしても良い）とし、受講希望者が少ない等の理由により推薦枠に余裕がある場合には、同一施設から複数の職員を推薦することも差し支えないこととすること。
- 都道府県、特別区、保健所設置市の衛生関係部局（感染症、医療監視担当等）の職員についても講習会②③の都道府県推薦者として差し支えないこと（講習会②については、医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師の資格を有する者に限る）。この場合、本講習会の趣旨に鑑み、本来の受講対象者である管内医療機関等の職員の参加が不当に妨げられないよう十分に配慮すること。

【厚生労働省への申請について】

- 各都道府県においては、決定した都道府県推薦者について、所定の都道府県推薦者一覧（別紙3-1）により厚生労働省に申請すること。
- 都道府県推薦者一覧の作成に当たっては、以下に掲げる事項に特に留意すること。
 - ・ 都道府県推薦枠を超える推薦は認めないこと。
 - ・ 都道府県推薦者一覧は、厚生労働省における受講者決定の事務処理等に使

用するほか、講習会場での出欠確認や受講証書の作成等にも使用するので、受講申込書の記載内容と一致するよう十分確認すること（原則として、都道府県推薦者一覧への転記ミス等による受講証書の再発行はしない。）。

- ・ 講習会①、②及び③で分けて記載すること。
- 上記により作成した都道府県推薦者一覧に従い受講申込書を取りまとめ（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、その他別とし、一覧表に記載された推薦者の順番と受講申込書の順番を必ず一致）のうえ、それぞれ2部提出すること（順番が一致していない場合は、再提出を求める場合がある。）。
- 今後の参考とするため、施設推薦者数についても（別紙3-2）により併せて報告すること。
- 原則として、提出期限以降の推薦（追加・変更を含む。）は認めない。

【受講者決定及び受講について】

- 原則として都道府県推薦のとおり受講者を決定する予定であり、各都道府県に対する受講者決定通知は本年11月中旬を目途に予定していること。
- 各都道府県には受講者決定通知の際に、講習会①、②及び③の講習内容と会場の地図をそれぞれ送付するので、受講決定者のみに配布すること。
（講習時間は会場により異なるが、概ね9時から18時頃まで）
- 都道府県は、施設推薦者の所属する全ての施設の長に対し、受講の可否について通知すること。この際、受講者決定に漏れた施設推薦者の所属する施設の長に対しても、その旨確実に通知すること。
- 受講者決定後の受講者の変更の取り扱いについては、以下に掲げる事項に特に留意すること。
 - ・ 受講者決定後における受講者の変更は、原則として認めないこと。（例年、受講者決定後の受講者の辞退又は変更が相次いでおり、講習会直前まで受講者が確定しないケースが散見される。）
 - ・ 止むを得ない事由により、受講決定者より辞退する旨の連絡が事前にあった場合、その旨を速やかに各都道府県から厚生労働省医政局地域医療計画課へ連絡すること。
- 代理受講については一切認めないので、その旨受講決定者に対し周知すること。（例年、代理人が直接会場を訪れて受講を希望するケースがあり、会場で

のトラブルになっているとの報告がある。)

- 講習会当日は受講決定通知書（写し可）を必ず持参するよう、その旨受講決定者に対し周知すること。（持参しない者の受講は一切認めない。）
- 受講証書は受講者のうち、全講習時間の4分の3以上出席し、受講前と受講後のテストを受けた者に対して発行するので、その旨受講決定者に対し周知すること。

<照会先>

厚生労働省医政局地域医療計画課
へき地医療係 岩田 章裕

TEL: 03-5253-1111 (内線 2551)

メール: iwata-akihiro@mhlw.go.jp

院内感染対策講習会【医師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|-------------|-----------|-----------|------------------------|-------------|-------|---------|
| ふりがな | | | 生年月日 | | 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) | | 男・女 | |
| 申込者氏名 | | | | | | | | |
| 申込者住所 | (〒 -) (TEL) | | | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | | |
| 所属施設 | 施設名 | (TEL) | | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | | |
| | 病床数 | 一般 (床) | 療養 (床) | 結核 (床) | 精神 (床) | 感染症 (床) | ICU有無 | 有・無(床) |
| 卒業 | 学校名 | | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | |
| 医師免許 | 医籍登録番号 | | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| 施設での役職 | | | | | 診療科 | | | |
| 施設での臨床経験年数 | | 年 か月 | | | 所属学会 | | | |
| 感染制御に関する 学会認定等の有無 | | 有・無 () | | | | | | |
| 院内 策 委 員 会 感 染 会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | | |
| 厚生 主 催 院 内 感 染 会 | これまでの 受講回数 | 回 | | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【看護師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

| | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|------------|-------|--------|
| ふりがな | | | 大正・昭和・平成 | | | | | |
| 申込者氏名 | | | 生年月日 | 年月日(歳) | | | | 男・女 |
| 申込者住所 | (〒 -) | | | | (TEL) | | | |
| メールアドレス | | | | | @ | | | |
| 所属施設 | 施設名 | | | (TEL) | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | | |
| | 病床数 | 一般 (床) | 療養 (床) | 結核 (床) | 精神 (床) | 感染症 (床) | ICU有無 | 有・無(床) |
| 卒業 | 学校名 | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | | |
| 看護師免許 | 名簿登録番号 | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| 施設での役職 | | | | | 配属診療科 | | | |
| 施設での臨床経験年数 | | | 年 | か月 | | | | |
| 院内 対策 委員会 感染症 会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | | |
| 厚生 労働 省 主催 院内 感染 対策 講習 会 | これまでの受講回数 | 回 | | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

| | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|------------|-------|--------|
| ふりがな | | | 大正・昭和・平成 | | | | | |
| 申込者氏名 | | | 生年月日 | 年月日(歳) | | | | 男・女 |
| 申込者住所 | (〒 -) | | | | (TEL) | | | |
| メールアドレス | | | | | @ | | | |
| 所属施設 | 施設名 | | | (TEL) | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | | |
| | 病床数 | 一般 (床) | 療養 (床) | 結核 (床) | 精神 (床) | 感染症 (床) | ICU有無 | 有・無(床) |
| 卒業 | 学校名 | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | | |
| 薬剤師免許 | 名簿登録番号 | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| 施設での役職 | | | | 業務内容 | | | | |
| 施設での勤務年数 | | 年 か月 | | | | | | |
| 院内 対策 委員会 感染症 会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | | |
| 厚生 労働 省 主催 院内 感染 対策 講習 会 | これまでの受講回数 | 回 | | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

| | | | | | | | | |
|--|------------------|-------------|-----------|-----------|-----------------------|-------------|-------|---------|
| ふりがな | | | 生年月日 | | 大正・昭和・平成 年 月 日(歳) | | 男・女 | |
| 申込者氏名 | | | | | | | | |
| 申込者住所 | (〒 -) (TEL) | | | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | | |
| 所属施設 | 施設名 | (TEL) | | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | | |
| | 病床数 | 一般 (床) | 療養 (床) | 結核 (床) | 精神 (床) | 感染症 (床) | ICU有無 | 有・無(床) |
| 卒業 | 学校名 | | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | |
| 歯科医師免許 | 名簿登録番号 | | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| 施設での役職 | | | | | 診療科 | | | |
| 施設での臨床経験年数 | | 年 か月 | | | | | | |
| 院内 感染 対策 委員会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | | |
| 厚生 労働 省 主催 院内 感染 対策 講習 会 | これまでの 受講回数 | 回 | | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

| | | | | | | | | |
|------------------|-----------|-------------|----------|---------|-------------|--------|-------|--------|
| ふりがな | | | 大正・昭和・平成 | | | | | |
| 申込者氏名 | | | 生年月日 | 年月日(歳) | | | | 男・女 |
| 申込者住所 | (〒 -) | | | | (TEL) | | | |
| メールアドレス | | | | | @ | | | |
| 所属施設 | 施設名 | | | (TEL) | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | | |
| | 病床数 | 一般(床) | 療養(床) | 結核(床) | 精神(床) | 感染症(床) | ICU有無 | 有・無(床) |
| 卒業 | 学校名 | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | | |
| 技師免許 | 名簿登録番号 | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| 施設での役職 | | | | | 配属部署 | | | |
| 施設での勤務年数 | | | 年 | か月 | | | | |
| 院内感染対策委員会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | | |
| 厚生労働省主催院内感染対策講習会 | これまでの受講回数 | 回 | | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【医師】受講申込書

都道府県名：

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|-------------|----------|---------|-------------|--------|-------|
| ふりがな | | | 大正・昭和・平成 | | | | |
| 申込者氏名 | 生年月日 | | 年月日(歳) | 男・女 | | | |
| 申込者住所 | (〒 -) (TEL) | | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | |
| 所属施設 | 施設名 | (TEL) | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | |
| | 病床数 | 一般(床) | 療養(床) | 結核(床) | 精神(床) | 感染症(床) | ICU有無 |
| 卒業 | 学校名 | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | |
| 医師免許 | 医籍登録番号 | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| 施設での役職 | | | | 診療科 | | | |
| 施設での臨床経験年数 | | 年 か月 | | 所属学会 | | | |
| 感染制御に関する学会認定等の有無 | | 有・無 () | | | | | |
| 院内 対策 委員 会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | |
| 厚主対 生催策 労院講 働内習 省働感 働会 | これまでの受講回数 | 回 | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | |
| 受講 講習 希望 会 | <p>()② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者>院内感染に関して、地域において指導的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、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。</p> <p>()③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者>地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。</p> | | | | | | |

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の()に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【看護師】受講申込書

都道府県名：

| | | | | | | | | |
|---|--|-------------|----------|---------|-------------|--------|-------|--------|
| ふりがな | | | 大正・昭和・平成 | | | | | |
| 申込者氏名 | | | 生年月日 | 年月日(歳) | | 男・女 | | |
| 申込者住所 | (〒 -) | | | | (TEL) | | | |
| メールアドレス | | | | | @ | | | |
| 所属施設 | 施設名 | | | (TEL) | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | | |
| | 病床数 | 一般(床) | 療養(床) | 結核(床) | 精神(床) | 感染症(床) | ICU有無 | 有・無(床) |
| 卒業 | 学校名 | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | | |
| 看護師免許 | 名簿登録番号 | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| 施設での役職 | | | | | 配属診療科 | | | |
| 施設での臨床経験年数 | 年 月 | | | | | | | |
| 院内 策 委 員 会 感 染 会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | | |
| 厚生 労 働 省 主 催 院 内 感 染 会 策 画 講 習 会 | これまでの受講回数 | 回 | | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 受講 希 望 会 | <input type="checkbox"/> ② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者>院内感染に関して、地域において指導的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、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者>地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。 | | | | | | | |

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の
 ()に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を
 送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報、は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書

都道府県名：

| | | | | | | | | |
|---|--|-------------|----------|---------|-------------|--------|-------|--------|
| ふりがな | | | 大正・昭和・平成 | | | | | |
| 申込者氏名 | | | 生年月日 | 年月日(歳) | | 男・女 | | |
| 申込者住所 | (〒 -) | | | | (TEL) | | | |
| メールアドレス | | | | | @ | | | |
| 所属施設 | 施設名 | | | (TEL) | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | | |
| | 病床数 | 一般(床) | 療養(床) | 結核(床) | 精神(床) | 感染症(床) | ICU有無 | 有・無(床) |
| 卒業 | 学校名 | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | | |
| 薬剤師免許 | 名簿登録番号 | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| 施設での役職 | | | 業務内容 | | | | | |
| 施設での勤務年数 | 年 か月 | | | | | | | |
| 院内 対策 委員 会 感 染 会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | | |
| 厚生 労働 省 主 催 対 策 講 習 会 感 染 会 | これまでの受講回数 | 回 | | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 受講 講習 希 望 会 | <input type="checkbox"/> ② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者>院内感染に関して、地域において指導的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、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者>地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。 | | | | | | | |

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の
 ()に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を
 送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報、は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書

都道府県名：

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------|--------|--|
| ふりがな | | | 大正・昭和・平成 | | | | | | |
| 申込者氏名 | | | 生年月日 | 年月日(歳) | | | | 男・女 | |
| 申込者住所 | (〒 -) (TEL) | | | | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | | | |
| 所属施設 | 施設名 | (TEL) | | | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | | | |
| | 病床数 | 一般 (床) | 療養 (床) | 結核 (床) | 精神 (床) | 感染症 (床) | ICU有無 | 有・無(床) | |
| 卒業 | 学校名 | | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | | | |
| 技師免許 | 名簿登録番号 | | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| 施設での役職 | | | | | 配属部署 | | | | |
| 施設での勤務年数 | | 年 か月 | | | | | | | |
| 院内 対策 委員 会 感 染 会 | 設置状況 | 有・無 | | 委員会での役割 | | | | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 備考 | | | | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | | | |
| 厚生 労働 省 主 催 対 策 講 習 会 感 染 会 | これまでの 受講回数 | 回 | | | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| 受講 希望 会 | <input type="checkbox"/> ② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者>院内感染に関して、地域において指導的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、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 <input type="checkbox"/> ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者>地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。 | | | | | | | | |

※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の
 ()に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を
 送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報とは、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書

都道府県名：

| | | | | | | | |
|--|------------------|-------------|-----------|-----------------------|-----------|-------------|-------|
| ふりがな | | | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日(歳) | | 男・女 | |
| 申込者氏名 | (〒 -) (TEL) | | | | | | |
| 申込者住所 | | | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | |
| 所属施設 | 施設名 | (TEL) | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | |
| | 病床数 | 一般 (床) | 療養 (床) | 結核 (床) | 精神 (床) | 感染症 (床) | ICU有無 |
| 卒業 | 学校名 | | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | |
| 歯科医師免許 | 歯科医籍登録番号 | | | | 登録年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 施設での役職 | | | | | 診療科 | | |
| 施設での臨床経験年数 | | 年 か月 | | | 所属学会 | | |
| 感染制御に関する 学会認定等の有無 | | 有・無 () | | | | | |
| 院内 策 委 員 会 感 染 会 | 設置状況 | 有・無 | | | 委員会での役割 | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | 備考 | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | |
| 厚生労働省 主催 院内 感染 対策 講習 会 | これまでの 受講回数 | 回 | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | |

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡（テキストの送付等）をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

院内感染対策講習会【その他】受講申込書

都道府県名：

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|-------------|-----------|-----------------------|-----------|------------|------------------|
| ふりがな | | | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日(歳) | | | 男・女 |
| 申込者氏名 | (〒 -) (TEL) | | | | | | |
| 申込者住所 | | | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | |
| 所属施設 | 施設名 | (TEL) | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | | | |
| | 病床数 | 一般 (床) | 療養 (床) | 結核 (床) | 精神 (床) | 感染症 (床) | ICU有無 有・無(床) |
| 卒業 | 学校名 | | | | 年次 | 昭和・平成 年 月 | |
| 施設での役職(職種) | | | | | 配属部署 | | |
| 施設での勤務年数 | 年 か月 | | | | | | |
| 院内 策 委 員 会 感 染 会 | 設置状況 | 有 ・ 無 | | | 委員会での役割 | | |
| | 設置年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | 備考 | | |
| | 昨年度の開催実績 | 回/年 | | | | | |
| 厚生 主 催 院 内 感 染 会 | これまでの 受講回数 | 回 | | | | | |
| | 直近受講日 | 平成 年 月 日 | | | | | |

※受講申込者の方へ

各地区で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**を送付いたしますので、講習会当日は必ず**受講決定通知書**を持参して下さい。

記載いただいたメールアドレス宛に、本講習会に係る連絡(テキストの送付等)をさせていただきます。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

令和元年度 院内感染対策講習会 都道府県推薦枠

神奈川県

| | | |
|------|-----|---|
| 講習会① | 8 | 名 |
| 講習会② | 68 | 名 |
| 講習会③ | 112 | 名 |

- 注1) 受講地は通知で示した地区に限る。
- 注2) 講習会①とは、特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣の医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会のこと。
- 注3) 講習会②とは、地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした講習会のこと。
- 注4) 講習会③とは、講習会②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会のこと。