別紙：エントリーシート

**FAX　０４４－２００－３９２８**

E-mail 　40kansen@city.kawasaki.jp

**出前講座・施設訪問**

**～「高齢者施設・医療機関・保健所による地域連携」エントリーシート～**

（川崎市健康福祉局保健医療政策部感染症対策担当あて）

　　川崎市では、平成２９年度から地域における感染症対策のさらなる連携の強化を目的として、「高齢者施設」が「KAWASAKI地域感染制御協議会」や「保健所」に、気軽に感染症対策について御相談ができる仕組みを構築しており、今年度も実施させていただきます。

　　　貴施設が御希望いただける場合は、エントリーシートに必要事項を御記入の上、

川崎市健康福祉局感染症対策担当あてにEメール又はFAXにて御送付ください。

**送付先**E-mail**：**40kansen@city.kawasaki.jp　又は**FAX　０４４－２００－３９２８**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴施設名 |  | |
| 施設種別 |  | |
| 設置主体 |  | |
| 施設所在地 | 川崎市 | |
| 御連絡先 | 電話番号  FAX番号 | メールアドレス |
| 利用者定員 | 入所（　　　　　　名） | 通所（　　　　　　名） |
| 職員数 | 名 | 嘱託医（　あり　・　なし　） |
| 御担当者名  （連絡させていただく方） | お名前　　　　　　　　　　役職又は職種 | |

**※調査票も御記入ください。**

**※後日チェックリストをお送りしますので御記入の上、返信してください。**

お問合せ先：川崎市健康福祉局保健医療政策部感染症対策担当

新型インフルエンザ等対策担当　今井

電 話：０４４－２００－２３４３

F A X：０４４－２００－３９２８

E-mail：40kansen@city.kawasaki.jp

地域連携エントリー　希望調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 出前講座は希望しますか。  **（施設訪問1時間は必須）※下記参照** | 希望する　　　・　　　希望しない |
| 御希望の訪問月（おおよそ）  (2か月以上余裕をもって設定してください) |  |
| 御希望の曜日（月～金曜日） |  |
| 御希望の時間帯（午前・午後）・開始時刻  （訪問時間は9～12時、13時～17時の間） |  |
| 貴施設の参加者・職種の内訳  (施設の責任者又は感染対策の責任者は必須)  (記載例：施設長○名、看護師○名、介護士○名、ヘルパー○名など) |  |
| 特に気になっていることはありますか。 |  |
| 何か御要望があれば御記入ください。 |  |

※エントリーシートと併せて、Eメール又はFAXでお送りください。

**施設訪問（ラウンド）　※必須です**

1時間程度実際に施設内を一緒に回り、改善点について助言します。

**出前講座　※選択制です**

座学で御希望に応じた感染症対策等の講義を行います