

(ファクシミリ施行：添書不要)

宛先 石巻市立病院 開成仮診療所 あて <u>FAX:0225-23-7833</u>	件名 在宅医療推進事業による 勉強会「もっと知って得 する在宅ケア」(第1回) (回答)	送信日： 平成 年 月 日
--	--	------------------

在宅医療推進事業による勉強会
「もっと知って得する在宅ケア」(第1回) 出席報告書

施設名	
連絡先	

	氏 名	職 名
1		
2		
3		
4		
5		

* 5月19日(火)までFAXにてお申込みください。

※参加申し込み時、以下のアンケートにお答えください。

1. 貴施設では、MRSAをもつ利用者に対して何か特別な対応を行っていますか

① 行っている ② 行っていない

2. 上記1. で①行っていると答えた方 どのような対応を行っていますか

()