

感染対策・感染症相談及び出前講座依頼表

No.

相談年月日	20 年 月 日
相談者名	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> ICTメンバー <input type="checkbox"/> その他()
施設・所属名	
連絡先	Tel _____ E-mail _____

希望の 回答期限	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 1週間以内
相談内容	
出前講座	希望講座日： 希望講座内容：

ご提供いただいた個人情報は、目的の範囲を超えて利用することはありません。

お客様の個人情報の取扱いにつきましては、当院「[個人情報保護](#)」をご確認ください。

【連絡先】

たつの市民病院 感染対策室

E-mail:infection@tatsuno-shiminbyoin.jp

TEL:080-3216-4439