別紙（施設長推薦書）

令和７年　月　日

　愛知県保健医療局長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設住所 | 〒 |
| 代表者職・氏名 | 　 |

令和７年度院内感染対策講習会①について

令和７年６月２６日付け７医務第８６２号の通知について、下記の者を推薦します。

記

|  |
| --- |
| ※　1行に1名の受講希望者名を記入してください※　**２名以上の推薦の場合**には必ず優先順に記入してください。 |
| 優先順位 | 職種 | 受講希望者氏名 |
| 　１ |  |  |
| 　２ |  |  |
| 　３ |  |  |
| 　４ |  |  |
| 　５ |  |  |

※受講決定後の受講者の変更は、代理受講も含めて一切認められないことを

ご了解ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 担当部課室 |  |
| 担　当　者 |  |
| 電　　　話 |  |

**令和７年７月１４日（月）１２時必着（メール）**