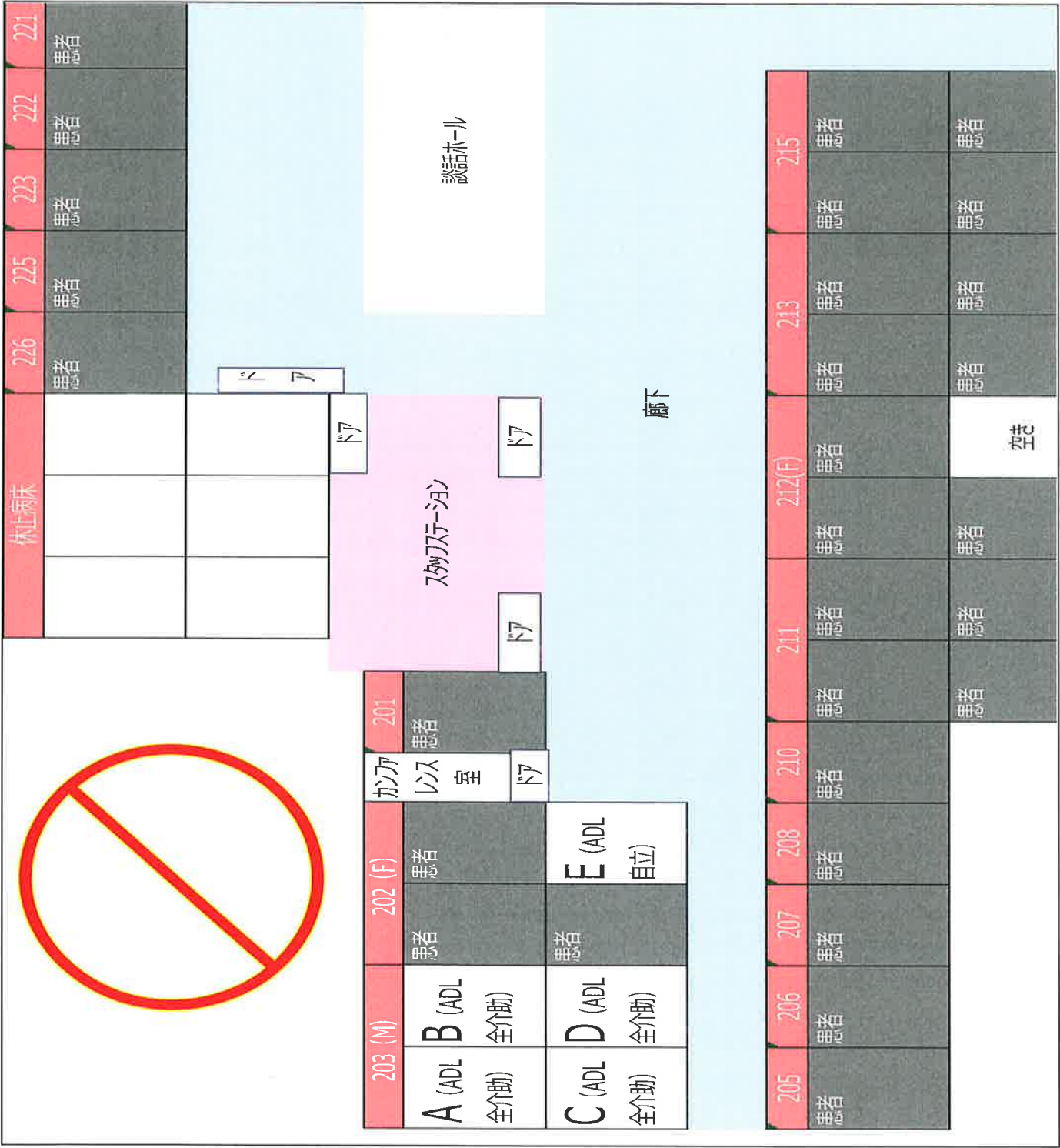


群馬県済生会前橋病院 地域連携課 行**2025 年度 第 3 回****感染対策向上加算に係るカンファレンス
参加申込書（出席【集合 or Web】・欠席）**

地域連携課（直通）FAX 027-252-6102

貴施設名		
氏 名	職 種	

★ 自由記載（感染管理上で困っていることなど）



<考案したゾーニングと濃厚接触者等の対応の解説をお願いします>