

様式C

歯科外来診療感染対策加算2の施設基準に係る報告書(8月報告)

医療機関コード:

(※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。)

保険医療機関名:

感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴の有無

1年以内に感染経路別予防策(个人防护具の着脱法等を含む。)及び最新の新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修を受講している。	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

※1年以内の受講を確認できるものを保管すること。