**感染対策向上加算に係る連携申請書（病院、外来施設用**）

当院（感染対策向上加算1の届出施設）との連携を希望される場合は、下記の注意点に同意していただいた上で連携申請書を記載し、下記のメールアドレスにお送りください。

※質問等はメールでお願い致します。

連携強化加算およびサーベイランス強化加算の取得について

当院では、加算１取得施設と連携する場合はサーベイランス強化加算および連携強化加算の

取得を必須としております。そのため、感染対策向上加算2または3施設は感染対策連携共通

プラットフォーム「J-SIPHE」、外来感染対策向上加算の施設は診療所版J-SIPHE「OASCIS」への登録とデータ送付が必須となります。

　同意します

1. 現在の感染対策向上加算の算定状況について教えてください。（届け出予定を含む）

　感染対策向上加算2

　感染対策向上加算3

　外来感染対策向上加算

　連携強化加算

　サーベイランス強化加算

1. 貴院の情報をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 代表者氏名(役職) |  |
| 電話番号 |  |
| 連絡担当者氏名(職種) |  |
| メールアドレス |  |
| 連絡事項 |  |

上記内容にて、連携医療機関として申込みいたします。

【問合わせ先】

船橋市立医療センター　医事課　施設基準担当者

メールアドレス：[iryo-iji@city.funabashi.lg.jp](mailto:iryo-iji@city.unabashi.lg.jp)