

手指衛生サーベイランスを選択の際は
専用フォームに入力が必要であるため
まず健康危機管理課に問い合わせを
してください

認定番号	
施設名	
氏名	

1 実施期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
2 使用している アルコール手指 消毒剤		
3 データ収集方法	払出量 ・ 使用量 ・ 直接観察法	
4 結果	(例) 1利用者当たり ○○ml、1利用者当たり ○○回	
5 指摘点・課題 (今後の目標値・改善 点・重点的に行う具体 策)		
6 フィードバック方法 (具体的に：どこで、誰 に、どのように)		
7 次回の開催予定	開催日時	

確認者サイン (※受講者は記載不要)