

青森県感染対策協議会 参加申込書

青森県感染対策協議会の目的に賛同し、施設会員として登録します。

J-SIPHE 内で AICON 任意グループを作成し情報共有することに、

- 同意します
- 同意しません（または J-SIPHE へは参加しません）

※いずれかを○で囲ってください

令和 年 月 日

施設名：

病院長名：

印