**【質問項目】**

⑴院内感染予防対策を見直されたい箇所はどれですか？(複数選択可)

　①一般器具、外科用器具　②回転器具

　③ユニット周り(表面物)　④バキューム回路・スピットン

　⑤印象体　⑥手指　⑦その他

⑵⑴の見直されたい理由は何でですか？(自由回答形式)

　①

　②

　③

　④

　⑤

　⑥

⑶⑴で見直されたい箇所で使用されている洗浄剤・消毒剤の商品名をお教ください。

(自由回答形式)

　①

　②

　③

　④

　⑤

　⑥

⑷⑶の現在行われている洗浄・消毒工程の詳細をお教えください。 (自由回答形式)

　①

　②

　③

　④

　⑤

　⑥

⑸ご記入いただいた内容以外でご不明な点、知りたいことなどがございましたらお教えください。(自由回答形式)

**【ご提案希望日時】**

ご都合のよろしい日を第3候補日までご記入下さい。

【第1 希望】　〇月　〇日(〇) 〇時〇分～〇時〇分迄

【第2希望】　〇月　〇日(〇)　〇時〇分～〇時〇分迄

【第3希望】　〇月　〇日(〇)　〇時〇分～〇時〇分迄

※ご希望日時はメール・FAXをお送り頂く日の7営業日以降でお願いいたします。

※当社ご提案可能時間は平日の朝10時より午後5時までとなります。

**【医院様情報】**

貴医院名：

御住所：

TEL 番号：

FAX番号：

ご担当者様氏名：

職業：

メールアドレス：

取引先ディーラー：①　〇〇〇〇株式会社　〇〇支店　〇〇様

　　　　　　　　　　 ②　〇〇〇〇株式会社　〇〇支店　〇〇様

　　　　　　　　　　 ③　〇〇〇〇株式会社　〇〇支店　〇〇様