

## 受検者一覧表

法人名				
所在地	(〒000-0000)			
連絡先	電話番号		E-mail	
代表者職氏名	職名		氏名	
担当者職氏名	職名		氏名	

## 1.受検実績

No.	事業所番号	施設名	施設種類	受検者氏名	受検回数	検査日	検査種別	検査費用	検査費用の1/2額(A)	補助上限額(B)	補助申請額
	番号のある事業所のみ入力		下段の該当番号から選択		今回申請で何回目か(いずれか選択)		PCR・抗原(いずれか選択)		(小数点以下切り捨て)		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
計				—		—	—		—	—	

施設番号

1.介護老人福祉施設 2.介護老人保健施設 3.介護医療院 4.介護療養型医療施設 5.認知症対応型共同生活介護事業所 6.養護老人ホーム 7.軽費老人ホーム  
8.サービス付き高齢者向け住宅9短期入所生活介護事業所 10.短期入所療養介護事業所

## 2.検査結果

受検者数合計 (延べ)	人	内 訳	陽性者	人
			陰性者	人

## 3.陽性者への対応

--