**別紙様式１**　　※送信票不要

**１週間分の発生を合計して１０名以上の有症状者がいる場合に報告してください。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

FAX

**新型コロナウイルス感染症の発生報告**

**年　　　月　　　日（　　）　～　　　　年　　　月　　　日（　　）分**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **一週間の****患者合計数**（**10名以上）** |
| **発生者内訳** | **利用者** |  |
|
|
| **職員** |  |
|
|

保健所 保健管理課 感染症対策室　　ＦＡＸ ０２５－２４６－５６７２