介護・障害サービス事業所における新型コロナウイルス感染者の発生について

■事業所情報

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| サービス種別 |  |
| 事業所所在地 |  |

■感染の状況（　月　日（　）　時時点）

|  |  |
| --- | --- |
| 陽性者数とその内訳 |  |
| 陽性判明までの経過 |  |
| 濃厚接触者数とその内訳、検査の予定 |  |
| 保健所からの指示内容 |  |
| 他の利用者への影響、休業の可能性など |  |

■連絡担当者（※市から状況等の再確認のためご連絡する場合がありますので、本件について対応可能な方の連絡先をご記載ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |