

(別紙) 送付先： 高知県地域福祉部長寿社会課 介護事業者担当 (FAX:088-823-9259)
 ※鑑文・送付文は不要です

新型コロナウイルス感染症クラスター報告について

報告日	令和 年 月 日		
事業所名			
住所			
担当者	氏名：	電話番号：	
サービス種別		定員 名	
感染者等の 情報	利用者	陽性者 名 (入院 名、施設内療養 名)	
		濃厚接触者 名	
	職員	陽性者 名	
		濃厚接触者 名	
クラスターに 認定された日	令和 年 月 日		
経緯	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名	名の感染を確認。
事業所の 対応等			