

送信はFAX、メールのいずれも可

感 染 者 発 生 連 絡 票

送信先 千葉県健康福祉部高齢者福祉課
FAX 043-227-0050
メール ・特養、養護、軽費、有料、サ高住
kourei5@mz.pref.chiba.lg.jp
・上記以外
kaigojigyuu@mz.pref.chiba.lg.jp

送信日 月 日

施設等名称	
所在地	
施設種別	
連絡者名	
連絡者電話番号	

第 報

初回の報告は第1報、以降は報告回数を記載

感染者(陽性者)の状況	今回報告分	感染確認初日からの累計
職員	_____人	計 _____人
入所者(利用者)	_____人	計 _____人
その他(委託業者等)	_____人	計 _____人
感染確認初日	_____月	_____日

特記事項

--