

※ 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  
kaigojigyou@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 【陽性者の氏名は記載しないでください。】