（報告様式）

**感染症発生のお知らせ**

【令和　　　年　　　月　　　日現在】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者 |  | 電話 |  |

【発症の概要】

|  |  |
| --- | --- |
| 罹患者 | 利用者（　　　名）　　　職員（　　　名） |
| 発症日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　午前・午後　　　　時頃 |
| 主な症状 |  |
| 診断日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 診断名 |  |
| 発症直前の利用状況・勤務状況 |  |
| その他 |  |

上伊那圏域障がい者総合支援センター　　　E-mail　ksc@ar.wakwak.com

ＦＡＸ　0265-74-8661