＜別紙様式１＞

高齢者福祉施設等クラスター発生防止事業

【実施日及び来訪者報告書】

法人名： 　　　　　　　　　　　 施設名：

施設種別： 　　　　　　　　　　　 所在地：

担当者名：

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 実　施　日 | 日程：令和４年　　月　　　日  開始時間： |
| 1. 派遣医師等 | 病院名：  職 種：  氏名： |
| 病院名：  職 種：  氏名： |

送付先：

1. FAX　：0742－27－3075
2. E-mail ：choju@office.pref.nara.lg.jp