＜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