

着色部分のみ入力してください。

県

## 高齢者・障がい者施設及び介護保険・障害福祉サービス事業所の 職員に対するPCR検査 連絡票

施設・事業種別							
施設・事業所名							
郵便番号							
住所							
連絡先	電話						
	F A X						
	メールアドレス						
施設・事業所管理者	役職				氏名		
担当者（梱包責任者）	役職				氏名		
運営主体（法人名）							
検査申込日 (検査業者あてメール発信日)			月		日		
検査予定日・申込職員数	1回目 月日		月		日	1回目 人数	人
	2回目 月日		月		日	2回目 人数	人
<参考>	令和3年4月1日 現在職員数						人
検査する職員（派遣等職員を含む）の同意確認		<p style="text-align: center;">[検査の実施、検査結果の県への提供について] 職員の同意が確認できた日付を記載してください</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <span>月</span> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <span>日</span> <span style="margin-left: 20px;">同意が確認できた月日</span> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">※検査申込日以前の日付になります</p>					
備考							

↓送信したことを確認後、○を入れてください

※ チェック欄

この連絡票とは別に、検査業者(SBコロナウイルス検査センター)に対しても、申込書を送信しました