

高齢者・障がい者入所施設に対する予防的検査申込書

所在市町村		各務原市	
施設種別			
施設名			
郵便番号			
住所			
連絡先	電話		
	FAX		
	メールアドレス		
施設管理者等氏名	職		氏名
担当者職氏名	職		氏名
運営主体（法人名）			
検査の実施希望方法	必ずどちらかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 <input type="checkbox"/> 唾液によるPCR検査		
検査対象職員数	人		
<参考> R3.4.1現在職員数	人		
医師との協力体制方法	該当する箇所にチェックを入れてください（予定の場合も含む）。 <input type="checkbox"/> 配置医、嘱託医 <input type="checkbox"/> 産業医、協力医療機関等の医師 <input type="checkbox"/> その他（地元医師会等）		
備考			