

※ 電話連絡により行うこと。

報告様式

[別 添 (1)]

○発生状況について (第1報)

連 絡 日	年 月 日 ()			時 分
施 設 名	連 絡 先	電 話		
		F A X		
施 設 長 名	窓 口 担 当 者 名			
所 在 地	福 山 市 町			

発 生 日 時	年 月 日 ()			時 分
---------	-----------	--	--	-----

主 な 症 状	<input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				

概 要	入所者数 又は 通所者数	人	内 訳	死 亡 者	人
				重 篤 患 者	人
				有 症 者	人

特記事項

発 信 者

施 設 名

職 名

名 前

受 信 者

所 管 課

職 名

名 前