様式第1号(別紙)

受検者一覧

○当該対象施設で感染者が発生した場合

＜感染者（職員または利用者1名分のみ記載）＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 発生日 |
| (被保険者番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |

＜職　員＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 |
|  | 　　年　　月　　日 |
|  | 　　年　　月　　日 |

＜利用者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 |
| (被保険者番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 |
| (被保険者番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 |

○同一建物内の併設事業所で感染者が発生した場合（事業所名：　　　　　　　　　　　）

＜感染者（職員または利用者1名分のみ記載）＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 発生日 |
| (被保険者番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |

＜職　員＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 |
|  | 　　年　　月　　日 |
|  | 　　年　　月　　日 |

＜利用者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 |
| (被保険者番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 |
| (被保険者番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 |

＊必要に応じて行や別紙を追加、添付してください。

＊感染者が利用者の場合には、被保険者番号を記入してください。