様式第1号（別紙）

受検者一覧

申請要件

**１．感染者発生施設**（該当する方に○をつけて、必要事項をご記入ください。）

　ア　当該対象施設で感染者が発生した場合

　イ　同一建物内の併設事業所で感染者が発生した場合

　　　（感染者発生事業所名　：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　（サービス種別　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　）

**２．感染者と対象者について**（必要事項をご記入ください。）

＜感染者＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 発生日 |
| (受給者証番号：　　　　　　　　　　) | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

＜職　員＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 検査方法 | 検　査　日 |
|  | 年　　月　　日 | PCR・定量 | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 | PCR・定量 | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 | PCR・定量 | 年　　月　　日 |

＜利用者＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 検査方法 | 検　査　日 |
| (受給者証番号：　　　　　　　　　　) | 年　　月　　日 | PCR・定量 | 年　　月　　日 |
| (受給者証番号：　　　　　　　　　　) | 年　　月　　日 | PCR・定量 | 年　　月　　日 |
| (受給者証番号：　　　　　　　　　　) | 年　　月　　日 | PCR・定量 | 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、受給者証番号（または被保険者番号）を記入してください。

＊複数の感染者が発生した場合、感染者は代表で１名分を記入してください。