社会福祉施設等における感染症及び食中毒の発生報告書

令和５年５月８日以降のうるま市内の社会福祉施設等からの報告様式です

下記の中から該当する事項に〇をつけてください。（　併せて保健所にもご報告ください。）

ア．　死亡者又は重篤患者が１週間以内に２名以上発生した

イ．　10名以上又は全利用者の半数以上発生した

ウ．　ア又はイに該当しない場合であっても、特に施設長が必要と認めた

報告年月日　　令和　５　年　　月　　日

施設名称

施設所在地　　うるま市

施設長　　報告者

電話番号　　FAX

発生期間　　令和　５　年　　月　　日　～　　月　　日

利用者	定員数	名	**（感染数）**	**（重篤患者数）**	**（お亡くなりになられた数）**
	入所者数	名	うち　　名	名	名
	通所者数	名	うち　　名	名	名
職員	職員数	名	うち　　名	名	名
	調理員数	名	うち　　名	名	名

（対応状況）記入ください	

【　送信先　】　　うるま市役所　介護長寿課　介護給付係

FAX　９８２－６０４１　　電話　　９７３－３２０８

メール　kaigo-tyouzyuka@city.uruma.lg.jp

※FAXの際は、送信票又は表紙は不要です。お間違えのないようお願いします。