|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※６．①、③はチェックボックスをご選択ください。 | | 申込日 |  |
| １．施設名 |  | | |
| ２.サービス種別 |  | | |
| ３.担当者名 |  | ４.電話番号 |  |
| ５.住所 |  | | |
| ６.確認事項 | ①感染者の有無について  有り（5人以上）　　　有り（１人～4人）　　　無し | | |
| ②新型コロナウイルス感染症発生の時期 　　　　年　　　月　　　日頃 | | |
| ③保健所への連絡について  連絡済み（支援チームが介入している）　　連絡済み（対応について指示有り）  連絡済み（指示無し）　　　　連絡済み（保健所の回答待ち）　　　　未連絡 | | |
| 7.相談内容 | （相談内容について以下にご記入ください） | | |