|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※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） |