別　紙

那覇市ちゃーがんじゅう課　宛

（Fax：098-862-9648）

ＰＣＲ検査助成事業事前調査書

□　希望する　※下表に希望する事業所の必要事項を記入してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 | 事業所名 | 希望者数※1 | 協力医療機関※2 |
|  |  |  | □あり　□なし |
|  |  |  | □あり　□なし |
|  |  |  | □あり　□なし |
|  |  |  | □あり　□なし |
|  |  |  | □あり　□なし |

※1　希望者数は、見込み数を記入してください

※2　協力医療機関とは、本検査で陽性者が出た場合、感染症発生届を提出する通所介護サービス事業者が委託している協力医療機関のこと

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 連絡先 |  |
| 担当者 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

※留意事項

・法人ごとに取りまとめてご回答ください（FAX送信鑑文不要です）