２０２０年〇月〇日

福岡県医療機器協会

理事長　髙井　達朗　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先TEL（携帯） |  |

新型コロナウイルス感染者発生により、当社事業所が閉鎖となりましたので状況を下記にて報告します。追加報告が入りましたら、追ってご連絡します。

記

○○月○○日（○○曜）現在

|  |
| --- |
| ■閉鎖事業所名■感染者発生数■感染経路（該当する項目に☑をお願いします）① ☐ 取引先である医療機関からの連絡　　　② ☐ 取引先であるメーカーからの連絡③ ☐ 社員申告　　　　　　　　　　　　　　④ ☐ 濃厚接触者調査⑤ その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ■業務停止期間■営業開始可能日（予定）■保健所の対応保健所名：■事業所内の消毒方法例）保健所の指示に基づき社員がアルコールで社内を拭く・・・■当該事業所の出荷状況等■その他 |

以上