

【様式2】

医療従事者である濃厚接触者に対する検査支援事業実績報告書

令和 年 月 日

広島県知事様

※太枠部分のみを記入してください。

住所	
名称	
代表者名	

ロット番号

	対象者氏名	実施期間	検査結果
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

広島県医療従事者検査支援事務局

メールアドレス: iryo@hiroshima-pcr.jp

FAX : 082-258-5720