

【様式3】

有症状医療従事者に対する検査実績報告書
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	

	実施日	ロット番号	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