（別紙３）

報告日　令和　　年　　月　　日

集団感染終息報告書

施設名

担当者名

電話番号

感染症名

終息年月日　令和　　　年　　　月　　　日

◇発生状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **内訳** | **全体数** | **発症者数** | **入院者数** | **重症者数** | **死亡者数** |
| 利用者、園児 |  |  |  |  |  |
| 通所者（デイサービス等） |  |  |  |  |  |
| 職員（食品取扱者を除く。） |  |  |  |  |  |
| 職員（食品取扱者のみ） |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |

※集団発生期間内の合計を記入

◇発生時から報告時までに貴施設内で行った感染予防対策

・

・

・

・

《送付先》

鹿児島市感染症対策課

電話：０９９－８０３－７０２３

FAX：０９９－８０３－７０２６

Email:kansen-taisaku@city.kagoshima.lg.jp