

家族等の県内外往来に伴う事前の届出書(利用者)

1. 往来の計画が確定した時点でご連絡ください。本用紙をお渡します。
2. 往来接触の前日までに本届出書を事業所にお届けください。
3. 枠の人数が足りないときは、コピーしてご使用ください。

届出日 令和 年 月 日 ()

届出者 ご利用事業所名 _____ 利用者氏名 _____

利用者ご家族等氏名 _____

	家族等1	家族等2	家族等3
氏名			
続柄			
住所(市町村まで) どこから・どこへ	都道 府県		市町 村
再会開始日	R 年 月 日		
滞在期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日		
お会いする2週間 前にさかのぼって 新型コロナ感染を 疑うような症状が あったかあれば詳し く書いてください	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ご本人ご家族、行動 周辺関係者の感染 状況(感染・濃厚接 触者がいた、近い地 域でクラスターが起 こった等)をあれば 詳しく書いてくださ い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし