様式第55号

患者病原体等消失通知書

　 　　 令和　　年　　月　　日

（提出先）

　川越市保健所長

　　　　　 医療機関名

　　　　　 管理者名

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第２６条において準用する第２２条第２項の規定により、下記のとおり確認しましたので通知します。

記

１　病　名

２　患者氏名

３　確認事項

　　感染症の症状が消失したことの確認日時

　　　 令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　　時

４　備　考

(R06)