

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