

感染防止対策 相談票

(相談施設 ⇒ 留萌市立病院用)

(※相談票 1 枚につき、1 件の相談を記載願います。)

相 談 日	年 月 日
施 設 名 相 談 者 名	
連絡先電話番号	
回答への時間要望 (いずれかに○を付けて下さい)	至急 ・ 2～3日以内 ・ 10日以内
相 談 内 容	件 名
	施設内での 見解・現状
	相 談 内 容

(本票は互いの施設で保管する)