

(別添2)

〇〇〇 (自治体名) の実績報告

担当課 〇〇課
担当者名 〇〇 〇〇
連絡先 000-1111-2222

		計画対象施設数	検査申込済施設数	検査実施済施設数	検査実施済件数	陽性件数
第1回目 (受付期間：〇月〇日～〇月〇日)	合 計					
	うち高齢者施設					
	うち障害者施設					
	うち医療機関					
第2回目 (受付期間：〇月〇日～〇月〇日)	合 計					
	うち高齢者施設					
	うち障害者施設					
	うち医療機関					
第3回目 (受付期間：〇月〇日～〇月〇日)	合 計					
	うち高齢者施設					
	うち障害者施設					
	うち医療機関					

※ 上記様式のように記入できない場合には、実数と延べ数がわかるようにした上で、適宜様式を修正してください。