

記載例

様式第2号

介護事業所・施設証明書

福山市長 様

次の者は、新型コロナウイルス感染症に感染した利用者及びその疑いのある利用者等に、次のとおり対応を行ったことにより、帰宅困難な状況となったことを証明します。

1 介護従事者の状況についてご記入ください。

名 前 **福山 太郎**

所 属 _____

職 種 **介護士**

生年月日 **1998年 7月 31日**

対応日時 **2020年 8月 1日 10時00分～11時00分**

宿泊期間 **2020年 8月 1日～ 2020年 8月 2日**

年の表記は、
西暦、元号
どちらでも
構いません。

2 次の事項について確認を行って、□に✓を入れてください。

- 新型コロナウイルス感染症に感染した利用者又はその疑いのある利用者等に、直接的な対応を行った者であること
- 単身世帯でないこと

3 利用者等との接触状況についてご記入ください。

《記載例》

1に記載した介護従事者は、当施設を利用する陽性者に対して、食事・排せつ介助を行った。

2020年 8月 2日

所在地 **福山市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号**

事業所・施設名 **〇〇**

代表者名 **施設長（管理者） 〇〇 〇〇**

印