２０２０年〇月〇日

一般社団法人 本医療機器販売業協会

事務局　宛

○○○県医療機器販売業協会

会長○○○○

当協会員企業の事業所が閉鎖となりましたので、医器販協より発信した「新型コロナウイルス感染症対策ガイドライン追補版No.1改訂」基本方針３に基づき、状況を確認致しましたので下記にて報告します。追加報告が入りましたら、追ってご連絡します。

記

○○月○○日（○○曜）現在

|  |
| --- |
| ○月○日、○○社の○○様から、○○営業所の従業員○名の感染者発生の報告があり。  （任意：○○社○○様連絡先：（携帯）　　　　　　　　　　／（メールアドレス）　　　　　　　　　　）  感染経路（該当する項目に☑をお願いします）  ① ☐ 取引先である医療機関からの連絡　　　② ☐ 取引先であるメーカーからの連絡  ③ ☐ 社員申告　　　　　　　　　　　　　　④ ☐ 濃厚接触者調査  ⑤ その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ■業務停止期間  ■営業開始可能日（予定）  ■保健所の対応  保健所名：  ■事業所内の消毒方法  例）保健所の指示に基づき社員がアルコールで社内を拭く・・・  ■当該事業所の出荷状況等  ■その他（協会の連携状況等） |

以上