年　　月　　日

**感染性の疾病り患届**

広島市保健所長　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付印 | 〒 | 　　　　－　　　　 |
| 届出者住所 |  |
| （電話番号） | （　　　　－　　　　　　－　　　　　　　）　 ※押印は不要です。 |
| 届出者氏名 |  |
|  | （法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名） |

次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従事者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 従事するクリーニング所 | 名称 | 電話番号　　　－　　　　－　　　　　 |
| 所在地 | 〒広島市　　　　　区 |
| 疾病の種別 | □結核　　　□感染性の皮膚疾患 |

《添付書類》

・診断書（写しでも可）