（別紙・R4．11 修正版）

＜内申書様式＞

令和　　　年　　　月　　　日

東京都高齢者福祉施設協議会

　会　長　　様

施設名

　施設長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印）

**新型コロナウイルス感染症への対応にかかる衛生用品等提供の内申について**

当法人内において、新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生していますが、施設内において継続して福祉サービスを提供しているため、下記の通り状況をご報告するとともに、「新型コロナウイルス感染症への対応にかかる衛生用品等」の提供について内申いたします。

記

**1．利用者に感染者が発生し入所支援を継続する施設**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名および住所 | 感染利用者数 |
|  | 感染利用者数　　　（　　　）名  うち、施設内でケアしている利用者数（　　　）名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 当該利用者への施設内での支援を開始した日  （感染者であることが明らかになった日） | 令和　　　年　　　月　　　日 |

**２．　ご希望のものにチェックを入れてください（送料は施設負担になります）。**

**□衛生用品・防護用品セット**　　　　　　　原則として1施設1セット

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品目 | | 1セット |
| 防護服 | | 30枚 |
| ゴーグル | | 1個 |
| フェィスシールド | | 20個 |
| 手袋 | | 300枚 |
| マスク | サージカルマスク | 25枚 |
| N95マスク | 5枚 |
| シューズカバー | | 30枚 |
| 消毒液 | | 250ml |
| 非接触型体温計 | | 1本(必要に応じて送付) |

**□**　**Ｎ９５　マスク**　　　**５０～１００枚　程度**(定員数や状況により調整させていただきます。)

**２．行政・保健所等からの衛生用品等の提供状況　　(いずれかに○)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供（予定）あり | （　　　） | 確認・調整中 | （　　　） | 提供（予定）なし | （　　　） |

**３．施設連絡先・窓口**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 連絡先・電話 | 連絡先・メールアドレス |
|  |  | ＠ |