（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| 塩釜保健所岩沼支所疾病対策班　宛 | **【件名】**手洗いチェッカー使用報告書の提出について（添書不要） |

**手洗いチェッカー使用報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 利用日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 利用人数 |  |
| 感想・感染症対策の課題等 |  |

本報告書を手洗いチェッカー返却時にご提出願います。

（以下、保健所記入）

①破損、汚損等の確認　　異常なし　・　以上あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②返却日　　令和　　年　　月　　日（担当者：　　　　　　　　　　）