

参考様式3

十日町保健所 新型コロナウイルス濃厚接触者のPCR検査 対象者名簿

日時：

会場：

No.	氏名	住所	性別	生年月日	年齢	電話番号	職業	属性・陽性者との続柄	接触程度	最終接触日	基礎疾患有無	症状の有無	体温	検体	検体採取日
1														鼻咽頭拭い液	
2														鼻咽頭拭い液	
3														鼻咽頭拭い液	
4														鼻咽頭拭い液	
5														鼻咽頭拭い液	
6														鼻咽頭拭い液	
7														鼻咽頭拭い液	
8														鼻咽頭拭い液	
9														鼻咽頭拭い液	
10														鼻咽頭拭い液	