入館許可申請書

福井県済生会病院

病院長　殿

私は、貴院での以下の業務を行うため、本日から遡って２週間の間、以下の要件を満たすことを誓約するとともに、業務実施のため貴院への入館を申請いたします。

■要件

* 新型コロナウイルス感染症の症状はありません。  
  （具体的症状：発熱、咳、鼻水、倦怠感、呼吸苦、味覚障害、嗅覚障害）
* 新型コロナウイルス感染者や疑いのある者との接触はありません。
* 院内では、マスク着用、手指消毒等、感染対策を徹底いたします。
* 業務従事前後２週間の体調管理を行い（行っている）、業務後２週間以内に体調の変化があった場合は、速やかに貴院へ届け出いたします。

■入館目的

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 業務日  (業務期間) | 年　　　　　月　　　　　日　から  　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　まで  ※期間は最長1ヶ月とし、1ヶ月超える場合には翌月に再度申請すること | | | |
| 業務内容 |  | | | |
| 業務先 |  | 当院担当者 |  | |

■入館する申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属名 | 会社等住所及び連絡先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※左欄に押印しコピーを申請者に渡しください。

受領印

※原本は総務・企画課へ送付ください。