

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

受領印	
-----	--

※左欄に押印しコピーを申請者に渡してください。
※原本は総務・企画課へ送付ください。