

様式第 12 号

症状消失等確認通知書

年 月 日

広島県 保健所長 様

住所（所在地）

氏名（代表者）

印

年 月 日に入院した次の患者について、当該入院に係る、一類感染症の病原体を保有していないこと又は二類感染症の病原体を保有していないこと若しくは当該感染症の症状が消失したことを確認したので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 22 条第 2 項に基づき通知します。

1 当該者

2 感染症名

3 確認の方法

病原検査（検体 ）（方法 ）

血清学的検査（検体 ）（方法 ）

その他（検体 ）（方法 ）

4 確認した年月日