

様式 2

食中毒、感染症患者（疑いを含む）死亡報告書

年 月 日

保健所長 宛

施設種別

施設名

所在地

施設長（代表者名）

報告者

TEL / FAX

メールアドレス

1 年 齡 等 年 齡 歳 代 性 別 男 ・ 女

2 死亡年月日 年 月 日

3 死亡場所

該当するものに○を付してください。

1) 施設内

2) 入院先の医療機関

3) その他 ()

※経過記録表（様式 3）を添付してください。