（別添）

令和　　　年　　　月　　　日

全国社会福祉法人経営者協議会

　会　長　　磯　　彰　格　　様

社会福祉法人　○○　会

　理事長　　○　○　○　○　　　（印）

**新型コロナウイルス感染症への対応にかかる衛生用品等提供の内申について**

この度、当法人内において、利用者に新型コロナウイルス感染症の感染者が発生し、施設内において継続して福祉サービスの提供することといたしましたので、下記の通り状況をご報告するとともに、「新型コロナウイルス感染症への対応にかかる衛生用品等」の提供について内申いたします。

記

**1．利用者に感染者・濃厚接接触者が発生し入所支援を継続する施設**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名および住所 | 感染（濃厚接触）利用者数 |
| 特別養護老人ホーム○○園  　○○市○○町○-○ | 感染利用者数　　　（　　　）名  うち、入院利用者数（　　　）名  参考：濃厚接触利用者数（　　　）名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 当該利用者への施設内での支援を開始した日  （感染者であることが明らかになった日） | 令和　　　年　　　月　　　日 |

**２．提供を希望する品目と数量**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 品目 | 希望数 | | | 上限目安（初回分） |
| 防護ガウン |  | | 枚 | 125枚 |
| ゴーグル |  | | 個 | 6個 |
| フェィスシールド |  | | 個 | 12個 |
| 手袋 | S： |  | 枚 | 合計  1,200枚 |
| M： |  | 枚 |
| L： |  | 枚 |
| シューズカバー |  | | 組 | 125組 |
| サージカルマスク |  | | 枚 | 125枚 |
| Ｎ95マスク（同等品含む） |  | | 枚 | 25枚 |
| アルコール500㎖ |  | | 本 | 6本 |

**３．行政・保健所等からの衛生用品等の提供状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供（予定）あり | （　　　） | 確認・調整中 | （　　　） | 提供（予定）なし | （　　　） |

**４．法人連絡先・窓口**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 連絡先・電話 | 連絡先・メールアドレス |
|  |  | ＠ |