

令和5年11月9日

福岡県新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業
費補助金について

記

標記補助金を申請するにあたり、**令和5年10月4日**に新型コロナウイルス感染症の院内感染が発生したため、当院でゾーニング等により、新型コロナ患者、一般患者等を区分して治療を行い、**令和5年10月23日**にこの院内感染に伴う陽性患者全ての治療が終了したことを証します。

陽性患者数
10/23 1名
10/24 0名

設置者名（医療法人等）+ 医療機関名を記入

所 在 **福岡市博多区東公園〇-〇**
事業者名 **医療法人〇〇会 〇〇病院**
代表者氏名 **理事長 福岡 一郎**

設置者の代表者名を記入
(法人の場合は理事長名。院長名は不可。)

(署名又は記名押印)