様式C

**食中毒等発生状況報告書**

（宛先）

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立循環器・呼吸器病センター

病院長　栁澤　勉

法人名

代表者名

　患者給食業務における食中毒等発生状況について下記のとおり報告します。

記

〔　〕１　公告日より起算して過去３年間、患者給食業務における

　　　　食中毒事故はありません。（他支店・営業所を含む）

〔　〕２　食中毒事故発生件数（食中毒等が発生し保健所に報告した件数）　　 　件

№

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（病床数） | （　　　　床） |
| 所在地 |  |
| 履行期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日　・　継続中 |
| 事故発生状況 |  |

〔注〕複数以上の件数がある場合は別紙とし、通し番号（No.）を記入すること。