

(別添1)

〇〇〇 (自治体名) の新集中的実施計画

担当課 〇〇課  
担当者名 〇〇 〇〇  
連絡先 000-1111-2222

対象地域	
対象施設種別	
対象者※1	
検査方法	
実施区分※2	
集中的実施計画期間	令和3年〇月〇日～〇月〇日
検査の頻度	
備考欄	

※1 対象者については、直接処遇職員以外の従事者（事務職員、委託職員など）も対象とする場合には、その旨も具体的に記載してください。

※2 検査の実施について、感染症法に基づく行政検査として実施するものか、それ以外の地方公共団体の独自の事業として実施するものであるかの区別を記載すること

	合計			
		うち高齢者施設	うち障害者施設	うち医療機関
対象施設数（予定）				