令和　年　　月　　日

令和５年度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　年　　月　　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　年　　月　　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。

所在地

事業者名

代表者氏名

 　　　　　　　（署名又は記名押印）