

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）陽性者発生報告書

月 日（月） ～ 月 日（日）

医療機関名（ゴム印可）

年齢	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	
COVID-19																				

特記事項

【送付先】

富士市医師会事務局

FAX: 5 2 - 3 1 0 4

※月曜日（休診日の際は翌営業日）の午前11時までに
送付くださいますようお願い申し上げます。