別記様式

消　毒　実　施　記　録　票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 消毒実施内容 | 実施区分 | 実施者 | 確認印 |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |
| 年　 月　 日 |  | □ 定期  □ 医師 |  |  |

備考　１　該当する実施区分の□に✓印を付すること。

２　確認印欄には事業所等の責任者が消毒実施状況を確認し押印する。

（この用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４判とする。）