

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		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 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。)