**使　用　者　報　告　書**

様式１-2

（医療機関・介護施設専用）

大田原労働基準監督署長　　殿

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業場名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業場所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　 被災労働者「　　　　　　」について下記のとおり報告します。

１　事業の概要等について

（１）事業の概要

（２）労働者数

　被災労働者所属事業場　　　　　　　　人

２　症状について

　　　　①症状出現日　　　令和　　年　　月　　日

　　　　②出現した症状

３　ＰＣＲ検査の実施結果

　　　　　　第１回検査日（令和　　年　　月　　日）　　陽性　・　陰性

　　　　　　 ※検査が陰性の場合：疑似症患者該当の有無 【有・無・不明】

第２回検査日（令和　　年　　月　　日）　　陽性　・　陰性

第３回検査日（令和　　年　　月　　日）　　陽性　・　陰性

第４回検査日（令和　　年　　月　　日）　　陽性　・　陰性

４　被災労働者について

（１）職種・業務内容・所属（配属）

（２）発症前14日間で勤務した日数

　　※　症状が出現した日（症状が出現していない場合、陽性となったＰＣＲ検査実施日）を起点とし、その前14日間の勤務日数を回答ください。なお、該当期間のタイムカード等の勤怠記録を添付することでも構いません。

　　　　　　　　　　14日中　　（　　　）日

（３）発症前14日間の業務における新型コロナウイルス感染者との接触の有無

　　　　　　　　　［　　有　　・　　無　　］

　　　　有の場合、感染者に接触した状況（接触した日、人数、場所、濃厚接触に該当するか等）

　　 ※　同時に労災請求を行っている労働者と同様の状況であれば、「○○と同じ」等と記載していただいても構いません。

５　被災労働者の業務以外のことについて（把握している範囲でご回答ください）

（１）家族の新型コロナウイルス感染者の有無

　　　　　　　　　［　　有　　・　　無　　］

　　　　有の場合、感染した家族の続柄、同居・別居の状況、症状の出現時期（被災労働者と感染した家族の症状の出現時期の先後）、ＰＣＲ検査の実施日、発症前14日間の家族との接触状況

（２）その他特記事項

６　使用者として本件発症に関する意見

　　　　事業場内での感染と考えるか　　［　　はい　・　　いいえ　　］

　　意見（同時に労災請求を行っている労働者と同じであれば、「○○と同じ」等と記載していただいても構いません。）