

様式第10号（第6条関係）

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 | | |

- 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。

（日本産業規格A列4番）