

## SARS患者発生時の連絡内容(案)

必須事項	1.	ふりがな		
		氏名		
	2.	病院	名称	
			所在地	
			電話	
			FAX	
3.	発信人	本人・代理人( )		
4.	情報発信年月日	年 月 日		
5.	SARSの症状			
6.	備考			