**衛生福利多元預防社區式活動COVID-19快篩陽性通報單**

通報日期：\_\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_\_ 日

活動據點承辦單位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 通報人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_縣/市 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

活動空間是否有其他單位使用：□是(請填寫其他單位資訊) □否

 單位(1)名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，緊急連絡人及聯絡電話\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 單位(2)名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，緊急連絡人及聯絡電話\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 單位(3)名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，緊急連絡人及聯絡電話\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

服務人員總人數：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 服務對象總人數：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 陪同者總人數：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 個案姓名 | 人員類別 | 身分證字號/居留證號 | 年齡 | 病毒核酸檢驗採檢院所名稱 | 安置場所（如仍於活動據點內，請註明地點） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※活動據點發現抗原快篩陽性之個案，請於24小時內填具本表回傳轄屬地方衛(社)政主管機關，並盡速取得病毒核酸檢驗報告