



健感発 0512 第 3 号
平成 27 年 5 月 12 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
（公 印 省 略）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 12 条第 1 項
及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則の一部を改正する省令（平成27年厚生労働省令第101号）が本日公布されたところである。

これを踏まえ、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年 3 月 8 日健感発第 0308001 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」の一部を別添の新旧対照表のとおり改正し、本年 5 月 21 日から適用することとした。今回の改正の概要は下記のとおりである。

貴職におかれては、内容を御了知の上、関係機関等への周知を図るとともに、その実施に遺漏なきを期されたい。

記

第一 改正の概要

- 1 「第 6 五類感染症」の「1 1 侵襲性髄膜炎菌感染症」及び「2 1 麻しん」の「(3) 届出基準」について、医師が、都道府県知事に対して、患者の氏名、住所等を直ちに届け出るよう届出方法の変更を行うとともに、別記様式 5-1 1 「侵襲性髄膜炎菌感染症発生届」及び別記様式 5-2 1 「麻しん発生届」において同様の改正を行うこと。
- 2 その他所要の改正を行うこと。

第二 適用日

この通知は、平成 27 年 5 月 21 日から適用する。

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」 新旧対照表

新	旧
<p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第1～5 (略)</p> <p>第6 五類感染症</p> <p>1～7 (略)</p> <p>8 後天性免疫不全症候群 (1)～(3) (略) (4) 届出に必要な要件(サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)抜粋) ア (略) イ AIDSの診断 アの基準を満たし、下記の指標疾患(Indicator Disease)の1つ以上が明らかに認められる場合にAIDSと診断する。ただし、(ア)の基準を満たし、下記の指標疾患以外の何れかの症状を認める場合には、その他とする。</p> <div data-bbox="100 979 1099 1350" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>指標疾患(Indicator Disease)</p> <p>A.～D. (略)</p> <p>E. 腫瘍</p> <p>16. カポジ肉腫</p> <p>17. 原発性脳リンパ腫</p> <p>18. 非ホジキンリンパ腫</p> <p>19. 浸潤性子宮頸癌^(※)</p> <p>F. (略)</p> <p>(※)C11 活動性結核のうち肺結核及びE19 浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する所見がみられる者に限る。</p> </div> <p>9～10 (略)</p>	<p>別紙 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第1～5 (略)</p> <p>第6 五類感染症</p> <p>1～7 (略)</p> <p>8 後天性免疫不全症候群 (1)～(3) (略) (4) 届出に必要な要件(サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)抜粋) ア (略) イ AIDSの診断 アの基準を満たし、下記の指標疾患(Indicator Disease)の1つ以上が明らかに認められる場合にAIDSと診断する。ただし、(ア)の基準を満たし、下記の指標疾患以外の何れかの症状を認める場合には、その他とする。</p> <div data-bbox="1155 979 2154 1385" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>指標疾患(Indicator Disease)</p> <p>A.～D. (略)</p> <p>E. 腫瘍</p> <p>16. カポジ肉腫</p> <p>17. 原発性脳リンパ腫</p> <p>18. 非ホジキンリンパ腫(LSG分類により、①大細胞型(免疫芽球型)、②Burkitt型)</p> <p>19. 浸潤性子宮頸癌^(※)</p> <p>F. (略)</p> <p>(※)C11 活動性結核のうち肺結核及びE19 浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する所見がみられる者に限る。</p> </div> <p>9～10 (略)</p>

1 1 侵襲性髄膜炎菌感染症

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。特に、患者が学生寮などで共同生活を行っている場合には、早期の対応が望まれる。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

1 2～2 0 (略)

2 1 麻しん

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見か

1 1 侵襲性髄膜炎菌感染症

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。特に、患者が学生寮などで共同生活を行っている場合には、早期の対応が望まれる。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

1 2～2 0 (略)

2 1 麻しん

(1)～(2) (略)

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

ら麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

(4) (略)

第7 (略)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) (略)

第7 (略)

新	旧
別記様式 1 ～ 4 (略) 別記様式 5 - 1 ～ 5 - 7 (略)	別記様式 1 ～ 4 (略) 別記様式 5 - 1 ～ 5 - 7 (略)

別記様式 5-8 後天性免疫不全症候群発生届 (H I V感染者を含む)

別記様式 5-8

後天性免疫不全症候群発生届 (H I V感染症を含む)

都道府県知事 (保健所設置市長・特別区長) 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項 (同条第6項において準用する場合を含む。)の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)
 従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) () () - _____
 (※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型				
・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体				
2 性別	男・女	6 診断時の症状 1) 有 2) 無 (無症状性キャリアの場合は、当欄の記載は不要)		
3 診断時の年齢	歳			
4 病名	1) 無症状性キャリア 2) A I D S 3) その他 ()			
5-1 診断方法	・抗H I V抗体スクリーニング検査 1) E L I S A法 2) P A法 3) I C法 4) その他 () ・確認検査 1) W e s t e r n B l o t法 2) I F A法 3) その他 () ・病原検査 1) H I V抗原検査 2) ウイルス分離 3) P C R法 4) その他 () ・18か月未満の児の免疫学的所見 () (該当するもの全てに○をすること)		7 発病年月日 (A I D S陽性者(5-2)欄参照)	平成 年 月 日
	8 初診年月日	平成 年 月 日	9 診断(検査※)年月日 (A I D S陽性者欄(5-2)欄参照)	平成 年 月 日
	10 死亡年月日 ※	昭和 年 月 日		平成 年 月 日

別記様式 5-8 後天性免疫不全症候群発生届 (H I V感染者を含む)

別記様式 5-8

後天性免疫不全症候群発生届 (H I V感染症を含む)

都道府県知事 (保健所設置市長・特別区長) 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項 (同条第6項において準用する場合を含む。)の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)
 従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) () () - _____
 (※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型				
・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体				
2 性別	男・女	6 診断時の症状 1) 有 2) 無 (無症状性キャリアの場合は、当欄の記載は不要)		
3 診断時の年齢	歳			
4 病名	1) 無症状性キャリア 2) A I D S 3) その他 ()			
5-1 診断方法	・抗H I V抗体スクリーニング検査 1) E L I S A法 2) P A法 3) I C法 4) その他 () ・確認検査 1) W e s t e r n B l o t法 2) I F A法 3) その他 () ・病原検査 1) H I V抗原検査 2) ウイルス分離 3) P C R法 4) その他 () ・18か月未満の児の免疫学的所見 () (該当するもの全てに○をすること)		7 発病年月日 (A I D S陽性者(5-2)欄参照)	平成 年 月 日
	8 初診年月日	平成 年 月 日	9 診断(検査※)年月日 (A I D S陽性者欄(5-2)欄参照)	平成 年 月 日
	10 死亡年月日 ※	昭和 年 月 日		平成 年 月 日

別記様式 5-11 侵襲性髄膜炎菌感染症

別記様式 5-11

侵襲性髄膜炎菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)
 従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) _____
 (※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検査）した者（死体）の類型 ・患者（確定例）・感染症死亡者の死体				
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳(か月)	6 当該者職業
7 当該者住所 電話() - _____				
8 当該者所在地 電話() - _____				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話() - _____			

11 症状 ・頭痛 ・嘔吐 ・意識障害 ・点状出血 ・髄膜炎 ・多臓器不全 ・発熱 ・発疹 ・虚寒 ・項部硬直 ・シヨック ・菌血症 ・その他() ・全身倦怠感 ・虚寒 ・大動脈腫 ・D I C ・関節炎	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他() ・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他() ・その他の検査方法() 検体() 結果()	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況：) 2 接触感染(接触した人・物の種類・状況：) 3 その他() ②感染地域(確定・推定) 1 日本国内(都道府県 市区町村) 2 国外(国 詳細地域 渡航期間()) ③共同生活の有無(有・無) 1 学生寮 2 社員寮 3 その他()	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
13 初診年月日	平成 年 月 日	14 診断(検査)(※)年月日	平成 年 月 日
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	16 発病年月日(※)	平成 年 月 日
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日		

(1、3、11、12、18欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検査した場合のみ記入すること。
 (*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
 11、12欄は、該当するものすべてを記載すること。)

この届出は診断書提出時に行ってください

別記様式 5-12~5-20 (略)

別記様式 5-11 侵襲性髄膜炎菌感染症

侵襲性髄膜炎菌感染症については、診断を行った医師は7日以内に届出をさせていただくこととなっておりますが、患者が共同生活を行っている場合などの侵襲性髄膜炎菌感染症に対するより迅速な行政対応に資するため、侵襲性髄膜炎菌感染症を診断した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。

別記様式 5-11

侵襲性髄膜炎菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)
 従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) _____
 (※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検査）した者（死体）の類型 ・患者（確定例）・感染症死亡者の死体	
2 性別 男・女	3 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳(か月)

4 症状 ・頭痛 ・嘔吐 ・意識障害 ・点状出血 ・髄膜炎 ・多臓器不全 ・発熱 ・発疹 ・虚寒 ・項部硬直 ・シヨック ・菌血症 ・関節炎 ・全身倦怠感 ・虚寒 ・大動脈腫 ・D I C ・関節炎	5 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体：髄液・血液 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他() ・検体からの直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：髄液・血液 血清群：未実施・A群・B群・C群・Y群・W-135群・その他() ・その他の検査方法() 検体() 結果()	11 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況：) 2 接触感染(接触した人・物の種類・状況：) 3 その他() ②感染地域(確定・推定) 1 日本国内(都道府県 市区町村) 2 国外(国 詳細地域 渡航期間()) ③共同生活の有無(有・無) 1 学生寮 2 社員寮 3 その他()	
			4 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況：) 2 接触感染(接触した人・物の種類・状況：) 3 その他() ②感染地域(確定・推定) 1 日本国内(都道府県 市区町村) 2 国外(国 詳細地域 渡航期間()) ③共同生活の有無(有・無) 1 学生寮 2 社員寮 3 その他()
6 初診年月日	平成 年 月 日	7 診断(検査)(※)年月日	平成 年 月 日
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	9 発病年月日(※)	平成 年 月 日
10 死亡年月日(※)	平成 年 月 日		

(1、2、4、5、11欄は該当する番号等を○で囲み、3、6から10欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検査した場合のみ記入すること。
 (*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
 4、5欄は、該当するものすべてを記載すること。)

この届出は診断書提出時に行ってください

別記様式 5-12~5-20 (略)

別記様式5-21 麻疹

臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、麻疹でない判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式5-21

麻疹発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の種類	2 当患者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
・患者(確定例)・感染症死亡者の死体	男・女	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所	電話 () - () - ()				
8 当該者所在地	電話 () - () - ()				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)	電話 () - () - ()			

病 型	13 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻疹(検査診断例) 2) 麻疹(臨床診断例) 3) 修飾麻疹(検査診断例)	①感染原因・感染経路(確定・推定)
11 症状	1 飛沫・飛沫核感染(感染源となった麻疹患者・状況: ()) 2 接触感染(感染源となった麻疹患者・物の種類・状況: ()) 3 その他()
12 診断方法	②感染地域(確定・推定) 1 日本国内(都道府県 市区町村) 2 国外(国 詳細地域 渡航期間) ③麻疹含有ワクチン接種歴 1 回目 有(歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻疹単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号(/ ・不明) 2 回目 有(歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻疹単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号(/ ・不明)
11 症状	14 初診年月日 平成 年 月 日 15 診断(検査)年月日 平成 年 月 日 16 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 17 発病年月日(※) 平成 年 月 日 18 死亡年月日(※) 平成 年 月 日
12 診断方法	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項

この届出は診断後速に行ってください

(1、3、11から13欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、14から18欄は年齢、年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡者を検査した場合のみ記入すること。
(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。11、12欄は、該当するものすべてを記載すること。)

別記様式6-1~別記様式6-7 (略)

別記様式5-21 麻疹

1. 麻疹については、診断を行った医師は7日以内に届出をさせていただくこととなっておりますが、麻疹に対するより迅速な行政対応に資するため、麻疹を診断(臨床診断を含む)した医師は24時間以内を目処に最寄りの保健所への届出を行っていただくようお願いいたします。
2. 臨床診断例については、届出後であっても、血清抗体価の測定を実施するとともに、所在地の地方自治体に検体提出し、その結果について最寄りの保健所に報告していただき、検査結果等を総合的に勘案し、麻疹でない判断された場合は届出の取り下げ等のご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式5-21

麻疹発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の種類	2 性別	3 診断時の年齢(0歳は月齢)
・患者(確定例)・感染症死亡者の死体	男・女	歳 (か月)

病 型	1.1 感染原因・感染経路・感染地域
1) 麻疹(検査診断例) 2) 麻疹(臨床診断例) 3) 修飾麻疹(検査診断例)	①感染原因・感染経路(確定・推定)
11 症状	1 飛沫・飛沫核感染(感染源となった麻疹患者・状況: ()) 2 接触感染(感染源となった麻疹患者・物の種類・状況: ()) 3 その他()
12 診断方法	②感染地域(確定・推定) 1 日本国内(都道府県 市区町村) 2 国外(国 詳細地域 渡航期間) ③麻疹含有ワクチン接種歴 1 回目 有(歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻疹単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号(/ ・不明) 2 回目 有(歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻疹単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日(S・H 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号(/ ・不明)
11 症状	5 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断(検査)年月日 平成 年 月 日 8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 9 発病年月日(※) 平成 年 月 日 10 死亡年月日(※) 平成 年 月 日
12 診断方法	6 初診年月日 平成 年 月 日 7 診断(検査)年月日 平成 年 月 日 8 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 9 発病年月日(※) 平成 年 月 日 10 死亡年月日(※) 平成 年 月 日

この届出は診断から7日以内に行ってください

(1、2、4、5、11欄は該当する番号等を○で囲み、3、6から10欄は年齢、年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡者を検査した場合のみ記入すること。
(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。4、5欄は、該当するものすべてを記載すること。)

別記様式7-1~別記様式7-7 (略)