FAX送信先：084-928-1732

※送付状は不要です。

郵送の場合：720-8501福山市東桜町3番5号

福山市介護保険課　事業者指導担当 宛

提出期限：2020年（令和2年）１１月２０日（金）

**※郵送の場合は，期限の前日までに投函してください。**

🏣

📠

[※可能な限り本市アンケートシステムにより](https://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/ques/questionnaire.php?openid=191)

**御質問を提出してください。**

**介護保険事業所・施設等における感染予防対策に係る質問の受付について　質問票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス種別等 |  | | |
| 事業所・施設等又は法人の名称 |  | | |
| 御担当者名 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 疾病の分類 | 施設区分 | 御質問 |
| １ | □新型コロナウイルス感染症  □ノロ，感染性胃腸炎  □インフルエンザ  □その他  □感染症全般 | □入所系  □通所系  □訪問系  □共通 |  |
| ２ | □新型コロナウイルス感染症  □ノロ，感染性胃腸炎  □インフルエンザ  □その他  □感染症全般 | □入所系  □通所系  □訪問系  □共通 |  |
| ３ | □新型コロナウイルス感染症  □ノロ，感染性胃腸炎  □インフルエンザ  □その他  □感染症全般 | □入所系  □通所系  □訪問系  □共通 |  |

|  |
| --- |
| その他 |
|  |

・集約の都合上，質問欄に番号を振っていますが，数を制限するものではありません。質問欄が不足する場合は，必要に応じて適宜増やしていただいて構いません。また，質問欄を全て埋めていただかなくても差し支えありません。なお，印刷した際，入力した内容が全て印字されない場合は，適宜行の高さを調整する等してください。用紙が複数枚になっても構いません。

・できるだけ，手書きではなく，入力したものを印刷し，ＦＡＸまたは郵送により提出してください。

・手書きの文字が判読できない場合等は，回答できないことがありますので，御承知おきください。

・ＦＡＸ送信の際は，送信に漏れがないよう，枚数，印刷状態を今一度御確認ください。

・その他欄に書かれたことは回答はしませんが，今後の参考とします。