🏣

📠

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）7月31日（金）

**※郵送の場合は，期限の前日までに投函してください。**

**新型コロナウイルス感染症に係る「第２波に備えての知恵や工夫」に関する情報提供票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・サービス等の種別 |  | | |
| 法人名又は事業所・施設等の名称\* |  | | |
| 御担当者 |  | 電話番号\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 知見・事例・取組など\* | 記名・匿名の別 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |
|  | 記名　　匿名 |

・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。

・「記名・匿名の別」について，記名にチェックされた場合，本市ホームページ掲載の際に「\*」がついている項目（事業所・施設・法人名・電話番号及び知見等）を公開します。他の事業所・施設等から内容の具体的詳細について問い合わせがあることが想定されますので御承知おきください。チェックがない場合は匿名とみなします。

・できるだけ，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。

・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。

御協力ありがとうございました。