質問書

令和　　年　　月　　日

住所：

法人名：

事業所名：

代表者名：

サービス種別：

〔連絡先〕

担当者氏名：

電話：

ＦＡＸ：

E-mail：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 項目 | 内容 |
| 例 | （ア）①利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・施設等（職員に複数の濃厚接触者が発生し職員が不足した場合を含む）の対象経費について | （左項目の詳細な質問内容を記載） |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |