（参考様式）

報告日　　　年　　月　　日

新型コロナウイルス感染症に係るサービス内容変更等の報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（施設）名 |  |
| サービス種別 |  |
| 担当者 |  |
| 連絡先 |  |
| 変更等の内容 | （感染対策として、通所系サービスが訪問サービスを実施、新規利用者の制限、臨時休業事業所から受け入れを行っている等、臨時的にサービスの変更を行っている場合、または感染者の発生等により臨時休業する場合の内容について記載してください。） |
| 理由 |  |
| 休業する場合の  利用者への措置 | (利用者に代替サービスが必要な場合は、関係各所調整し利用者への不利益が及ばないよう努めてください。) |
|  |
| 期間（予定） | 令和　　年　　月　　日より令和　　年　　月　　日まで |

※当該報告書の様式以外で報告していただいても結構です。

※感染者又は濃厚接触者等が発生した場合は、別途「新型コロナウイルス感染者等の発生時の報告書」を提出してください。

＜連絡先・提出先＞　350-8601 川越市元町１丁目３番地１

川越市 介護保険課 施設事業者担当

TEL：049-224-6404　FAX：049-224-5384

Mail：kaigohoken★city.kawagoe.lg.jp

　　　　　　　　　　　　　　　　　（メール送付時は★を＠に変更してください。）