令和　　年　　月　　日

西海市保健福祉部

長寿介護課長様

住所

　施設名・事業所名

　施設長・代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

（※施設長印又は代表者印の押印）

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的取扱解除申出書

次の施設・病院等内で入所者等との面会を禁止する措置の解除を申し出ます。

記

１　面会等禁止施設・病院等

住所：

名称：

２　面会等禁止解除日

令和　　年　　月　　日（予定）

**※本申請は施設ごとに申請してください。**

**届出先：西海市役所　長寿介護課　介護保険班**

**〒857-2392　長崎県西海市大瀬戸町瀬戸樫浦郷２２２２番地**

**電話：０９５９－３７－００２４（直通）**