**コロナウイルス感染拡大防止に伴うサービス提供場所（追加・変更）に関する報告**

奈良県福祉医療部障害福祉課長　殿

報告者　所在地

届出者　事業者名

　サービス種類

届出者　代表者職・氏名

このことについて、以下の通り報告します。

◆サービス提供場所の追加及び変更（１若しくは２のどちらかに○してください）

　　１．追加　[従来の場所でもサービスの提供を継続する場合]

　　２．変更　[従来の場所ではサービスの提供を継続しない場合]

◆追加又は変更するサービス提供場所の住所

（Bは複数箇所で提供する場合に活用ください。また、2箇所以上で新たにサービスを提供する場合は適宜、追加記入してください。）

　　A：

　　B：

◆緊急時の連絡先（担当者名・電話番号）

（Bは複数箇所で提供する場合に活用ください。また、2箇所以上で新たにサービスを提供する場合は適宜、追加記入してください。）

　　A：担当者名（　　　　　　　　　）　　電話番号（　　　　　　　　　　　　）

　　B：担当者名（　　　　　　　　　）　　電話番号（　　　　　　　　　　　　）

　 ◆サービスの提供場所の追加・変更によりサービス提供を開始する時期

（Bは複数箇所で提供する場合に活用ください。また、2箇所以上で新たにサービスを提供する場合は適宜、追加記入してください。）

　　A：（　　　）年（　　　）月（　　　）日からサービス提供開始

　　B：（　　　）年（　　　）月（　　　）日からサービス提供開始

※本報告による場所でのサービス提供を終えた場合、改めて県障害福祉課あてに連絡ください。