

◆入力用

No.	受付日	種別 (プルダウンリストから選択して下さい)	施設名称	郵便番号	住所(都道府県名より入力して下さい)	電話番号 (ハイフンなし)	担当部署	担当者	種類	必要枚数	送付枚数	備考
1												
2												
3												
4												

【入力上の注意】

- お申し込み日を入力下さい。
12月24日受付の場合、「12/24」と入力すれば、自動的にR3.12.24になります。
- 種別は「(令和2年12月3日厚生労働省医政局経済課ほか連名事務連絡)介護施設等への布製マスクの配布希望の申出について」の「(別紙1)配布希望の募集対象となる施設・サービス等の種類」を参考にプルダウンから選んでください。(こちらに該当しない場合、「その他」を選択してください。)選択に迷う場合は、コールセンターまで御確認ください。
訪問・通所系サービス、介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業の事業者様におかれましては、備考欄に「訪問」や「通所」、「介護予防」などを入力してください。
- 施設名称は自治体等へ届け出ている名称を入力してください。
- 郵便番号はハイフンなしで入力すれば、自動的にXXX-YYYYになります。
- 住所は都道府県からご記入ください。丁目、番地等はハイフン(-)を用いることなく、「震が関1丁目2番2号」、「本町10番地3号」と入力して下さい。
- 電話番号はハイフンなしで、確実に連絡が取れる電話番号を記載してください。
- 担当者はフルネームで記載してください。(問い合わせの際、同姓の方がいらっしゃる場合もあるため)
- 一つの施設で複数事業を実施している場合は、事業ごとに入力してください。
- 100枚単位でご希望の枚数を配布いたします。必要枚数欄にご希望数をご記入ください(送付枚数欄は自動的に100枚単位で切り上げとなります)。
100枚未満の配布をご希望の場合はコールセンターにご相談ください(0120-829-178)。
- 行が不足する場合には、適宜追加下さい。
- 施設やサービスの類型に応じて住所を管理しているため、法人単位ではなく、施設・事業所毎に申請を行ってください。
- なお、無償配布した布製マスクについては、転売や、商業利用をはじめとする不適切な利用はできません。