新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業質問票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業（医療）  ※薬局、介護関係の問合せは別課に転送のうえ連絡するため、お時間を要することを御了承ください。 | | | |
| 送付先 | 健康福祉部医療局地域医療課　御中 | | |
| 送信先 | ＦＡＸ　０５４－２２１－３２９１ | | |
| 送信日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 質問内容 |  | | |
| 照会元 | 医療機関名等 | |  |
| 担当者 | |  |
| 連絡先 | Mail |  |
| FAX |  |
| TEL |  |

FAX送付票は不要です。

別の担当課へ転送させていただく場合、お時間を要しますことを御了承ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 令和　年　月　日 | 受付者 |  |