

新型コロナウイルス感染症に対応する

医療従事者を支援する宿泊施設《 申込書 》

令和 年 月 日

施 設 名			
住 所			
ご担当者	(部署) (氏名)		
連絡先	電話		
	メール		
	FAX		
業界団体が策定する ガイドラインに基づく 感染症対策の実施	あり ・ なし		
各部屋の状況	トイレ あり・なし	バス あり・なし	洗面所 あり・なし
料 金	利 用 料 円 ※利用料は 6,000 円以内で設定してください 消 費 税 円 入 湯 税 円 合 計 円		
デイユース <u>(9:00~17:00)</u> 受入の可否	日 中 8 時 間 利 用 できるプランの設定 可 ・ 不可	【可の場合】 利用料 円 ※利用料は 6,000 円以内で設定してください 消費税 円 入湯税 円 合 計 円	
特記事項			