鹿角市福祉総務課　行

**ＦＡＸ：0186-22-2044**

**メール：soumu@city.kazuno.lg.jp**

**介護保険事業所質問票**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービス種別 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 |  |
| 質問理由・根拠質問者（事業所）の見解等 |  |

※質問者（事業所）が判断の根拠・参考にしたものがあれば一緒に送付してください。