|  |
| --- |
| 【送信先】Email kc-110101@city.kochi.lg.jpFAX 088-824-8390 |

介護保険課事業係への質問票

|  |  |
| --- | --- |
| 質問年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| サービス種類 |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先ＴＥＬ |  |

【回答を急ぐ場合のみ記入】

|  |  |
| --- | --- |
| 回答を急ぐ理由 |  |

【質問内容】

|  |
| --- |
|  |
| 質問前確認資料　 | □ 指定基準　　□ 単位数表　□ Ｑ＆A　□ 国の通知　□ その他※質問内容に関する根拠資料（抜粋部分）の写しを可能な限り添付すること |