

年 月 日

春日部市 介護保険課 介護保険担当あて

< 質 問 票 >

質問内容・事業所の見解・回答先事業所情報を記入してお送りください。

質問は具体的に記入してください。

なお、回答するのにお時間をいただく場合がありますので、ご了承ください。

あて先 FAX：048-733-0220 メール：kaigo@city.kasukabe.lg.jp

(質 問)

(事業所の見解)

回答先 事業所名_____

担当者名_____

電話番号_____