令和７年度介護保険サービス事業者集団指導

質　問　票

　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| TEL／FAX／Email | TEL |  | FAX |  | Email |  |
| サービス種別□にチェックを入れてください。 | □居宅介護支援　　□地域密着デイ　　□認知症デイ　　　□定期巡回□小規模多機能　　□グループホーム　□看護小規模多機能 |
| 担当名 | 計画・事業指導担当 ／ 介護保険担当 ／ 介護認定担当 ／ 地域支援担当 |
| 質問テーマ |  |
| 質問内容（具体的に記入してください。また、貴事業所の考えを記入してください。） |  |

※質問内容を記入して、介護保険課（FAX：048-733-0220　Email：kaigo@city.kasukabe.lg.jp）宛にFAXまたはEmailにてお送りください。（送信票不要）

**質問票受付期限：令和７年６月１３日（金）**