　　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