

# 介護保険制度に係る（質問・意見）連絡票

年 月 日

事業所又は 事業者の名称		担当者	(氏名)
			(電話)
			(FAX)
			(メール)
質問区分	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> その他		
質問・意見			
回答			