質　　　問　　　票

***質問は原則この「質問票」でお願いします。***

（介護サービス関連：熊本県）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送付先：熊本県健康福祉部高齢者支援課　居宅介護班 | | | | |
| **ＦＡＸ番号：096-384-5052** | | | | |
| **質問されるサービスの種類** | | | |  |
| **質問事項** |  | | | |
| **質問者が考える回答案** | 回答案及び根拠 |  | | |
| **※上に記入した「質問事項」に対して、自分（質問者）として「このような取扱いになるのではないか」という回答案もしくは考えを必ず記入してください。** | | |
| 質問者 | 事業所・施設名 | |  | |
| 事業所所在地 | |  | |
| 事業・サービスの種類 | |  | |
| 質問者（職・氏名） | |  | |
| ＴＥＬ番号 | |  | |
| ＦＡＸ番号 | |  | |

＊ＦＡＸ送付票は不要です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　送付枚数本紙とも：　　枚  
　記入欄が不足する場合は別紙を添付してください。