

# 平成29年度介護保険地域密着型サービス事業所集団指導 質 問 票

※集団指導を受けた後、質問事項があれば記入してください。

※時間の都合上、会場内で質問は受付しません。質問票の提出があった場合は、  
全事業所に回答します。

事業所名		
質問者氏名		
連絡先	電話 ( )	FAX ( )
サービス種別	例：グループホーム、通所介護 など	

質問項目	資料 ( ) の について
質問内容	※具体的に (個人情報は記入しないでください)

**送り先 南部町健康福祉課 介護保険班**  
 〒039-0595 南部町大字下名久井字白山91-1  
 FAX 0178-76-3904