

F A X 質 問 票

| | |
|-----------|---|
| 送付先 | 札幌市役所 介護保険課 事業指導係 (FAX番号 011-218-5117) |
| 送信日 | 平成 年 月 日 送信枚数(本紙含む): 枚 |
| 発信元 | 事業所名 () 事業所住所 () 事業所サービス種別 () ※(例) 訪問介護 事業所電話番号 () 事業所 FAX 番号 () |
| 事業所ご担当者 | 職種 _____ 氏名 _____ |
| ご質問内容 | |
| 参考にされた資料等 | 該当する項目にレ点でチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護移行に関するQ & A (問 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) |

※回答は札幌市下記ホームページへの掲載をもって代えさせていただきます。

「小規模な通所介護事業の地域密着型サービス移行について」

[<http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k200jigyo/chimitsuday.html>]

| |
|---------------------------------|
| 平成 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> HP 掲載済 |
| 担当者 (_____) |
| ※この枠内は記載しないで下さい。 |