

# F A X 質 問 票

送付先	札幌市役所 介護保険課 事業指導係 (F A X 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	
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"/> 介護報酬の解釈 (指定基準編) ( ページ) <input type="checkbox"/> 介護報酬の解釈 (単位数表編) ( ページ) <input type="checkbox"/> 介護報酬の解釈 (Q A ・法令編) ( ページ) <input type="checkbox"/> 介護報酬改定 Q & A ( ページ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

平成 年 月 日 回答済

担当者 ( )

※この枠内は記載しないで下さい。