|  |
| --- |
| **総合事業質問票** |
| （大曲仙北広域市町村圏組合 介護保険事務所 FAX 0187－86－3914）総合事業担当者　宛て |
| 【サービス種別】　※該当する番号に○、質問が複数の場合当てはまるものすべてに〇　１　総合事業サービス２　介護予防ケアマネジメント３　契約・請求４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 送信年月日： 平成 年 月 日 |
| 事業所名： |
| 担当者名： |
| 電話番号： ― ― |
| FAX番号： ― ― |
| 【質問事項】※資料への記載事項に対する質問の場合、該当ページ等もご記入ください。 |