|  |  |
| --- | --- |
| **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　訪問型サービス（現行の介護予防訪問介護相当）  ２　訪問型サービス（緩和した基準によるサービス）  ３　通所型サービス（現行の介護予防通所介護相当）  ４　通所型サービス（緩和した基準によるサービス）  ５　介護予防ケアマネジメント  ６　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。 | |