**年　　月　　日**

**「介護予防・日常生活支援総合事業」に係る質問票**

**FAX 　０８３－２３１－１９４８**

**下関市福祉部長寿支援課支援係　行**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在提供している介護保険のサービス名 | 　□（介護予防）訪問介護　□（介護予防）通所介護　□（介護予防）通所リハビリテーション　□　地域密着型通所介護　□　その他サービス（　　　　　　　　　　　　　　）□　なし |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |
| 【質問事項等】※具体的に記載してください。 |
| ・ご質問の内容で、全事業所に周知が必要なものは、今後お送りする資料やホームページ等でお知らせする予定です。質問者のみに関係する質問に限っては、個別に回答します。 |