質　　　問　　　票

**質問をする際は原則、この「質問票」でお願いします。**

（介護サービス関連：熊本県合志市）

|  |
| --- |
| 送付先：熊本県 合志市役所 高齢者支援課 |
| **質問されるサービスの種類** |  |
| **質問事項** |  |
| **質問者が考える回答案** | 回答案及び根拠 |  |
| **※上に記入した「質問事項」に対して、自分（質問者）として「このような取扱いになるのではないか」という回答案もしくは考えを必ず記入してください。** |
| 質問者 | 事業所・施設名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 事業･サービスの種類 |  |
| 質問者（職・氏名） |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| Mail |  |

＊ＦＡＸ送付票は不要です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　送付枚数本紙とも：　　枚

　記入欄が不足する場合等は別紙を添付してください。