**質　問　票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | １０ | 指定サービス名等 |  |
| 事業所名 |  |
| 職・氏名 |  | 電話番号 |  |
| **質問サービス名等** 該当箇所に 　■印をつけて　 ください。 | □運営基準　□介護報酬　□業務管理体制　□その他 |
| □訪問看護　□福祉用具貸与・特定福祉用具販売　□指定介護老人福祉施設　□特定施設入居者生活介護　□介護老人保健施設　□通所リハビリテーション　□訪問リハビリテーション　 |
| 質問に関する省令、告示名、条項などを記載 |  |
| 質　問内　容 |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 整　理　欄 |  |
|

※太線枠内は、もれなく記載してください。

　（送付先：群馬県健康福祉部監査指導課　監査指導第二係宛て　Email：kansashido@pref.gunma.lg.jp）