**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 | | | | |
| □訪問介護　□通所介護　□居宅介護支援 | | | | |
| 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](mailto:kansashido@pref.gunma.lg.jp)）