令和５年度介護保険事業者サービス別研修会に係る質問票

送信先：長野県介護支援課サービス係　行

（ＦＡＸ　026-235-7394）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | ２ | ０ | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| サービス種別（該当に☑） | 居宅サービス | | | | □訪問介護  □訪問看護  □訪問リハ  □福祉用具貸与（販売）  □通所介護 | | | | □通所リハ  □短期入所生活介護  □短期入所療養介護  □特定施設入居者生活介護 | | | | |
| 施設サービス | | | | □介護老人福祉施設  □介護老人保健施設  □介護療養型医療施設  □介護医療院  □有料老人ホーム | | | | | | | | |

質問がありましたら、以下に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　容 |
|  |  |

※質問用紙が不足する場合は、本様式に準じて適宜作成願います。