**質　問　票**

太枠内をご入力いただき、

沼田市役所介護高齢課　介護保険係　kourei@city.numata.lg.jp　あて　メールにて送付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービス種類 |  |
| ご担当者職・氏名 |  |
| 連絡先お電話番号 |  |
| 回答先メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| 【ご質問内容】 |
| 【貴事業所の見解】 |
| 【参考とした書籍・頁などを記載してください】（例：赤本P\*\*） |

【回　　答】

|  |
| --- |
|  |

※回答は、記載いただきましたメールアドレス宛に送付いたします。

※内容によりましては、回答までに１週間から１０日間ほどお時間をいただきますので ご了承ください。