介護サービス事業に係る質問票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問事項 |  | について |
| 質問内容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認した関係法令 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の見解 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認欄 | ＜確認者職名＞ | [ ] 管理者　[ ] 法令遵守責任者　[ ] その他： |
| ＜確認者氏名＞ |  |

送信先　八戸市 介護保険課 介護事業者グループ

E-Mail：kaigo2@city.hachinohe.aomori.jp　　または　　Fax：0178-47-0732