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](mailto:kaigo2@city.hachinohe.aomori.jp)　　または　　Fax：0178-47-0732