**令和５年度介護サービス事業所ＩＣＴ導入支援事業に関する質問票**

令和　　　年　　　月　　　日

法人名　　　　　　　　　　　　　　事業所名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　－　　　　－　　　　）

メールアドレス　　　　　　　　　　ＦＡＸ　（　　　　－　　　　－　　　　）

事業所サービス種別　　　　　　　　　　　　　　　※　全て記入してください。

|  |
| --- |
| 質問事項 |