

県庁介護保険室 事業者指導係行 FAX 099-286-5554

Mail k-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp

介護保険事業所質問票 令和 年 月 日

法人名 _____ 事業所名 _____

氏名 _____ 連絡先 (_____)

サービス種別 _____

質問事項

質問理由・根拠・質問者の見解等

※ 質問者が判断の根拠, 参考にしたものがありましたら参考までに一緒に送付してください。