**介護予防・日常生活支援総合事業に関する質問票**

宛 先　FAX 29-2266地域包括支援センター（中野）行

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送　信　元 | 介護保険事業所名 |  |
| 質問者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 | □訪問型サービス　　　□通所型サービス  □介護予防ケアマネジメント　　□その他 |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

※本質問票のご質問の内容につきましては、基本的に個別回答は行いません。市ホームページでお知らせする予定です。