**令和５年度介護保険サービス事業者集団指導質問票**

|  |
| --- |
| **件　　名** |
| **質問内容** |
| 送信者情　報 | 事業所名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　 | FAX： |
| MAIL： |
| 職種 |  |

提出先

隠岐広域連合介護保険課　宛

ＦＡＸ：０８５１２－６－３３３０

ＭＡＩＬ：Ｋａｉｇｏ＠ｏｋｉｋｏｕｉｋｉ．ｊｐ