

# 質 問 票

質問はこの「質問票」でお願いします。

(介護サービス関連：氷川町)

送付先：氷川町福祉課介護保険係	
FAX 番号：0965-52-3939	
質問されるサービスの種類	
質問事項	
質問者が考える回答案	※上に記入した「質問事項」に対して、自分（質問者）として「このような取扱いになるのではないか」という回答案もしくは考えを必ず記入してください。
質問者	事業所・施設名
	事業所所在地
	事業・サービスの種類
	質問者（職・氏名）
	電話番号
	FAX 番号

※FAX 送信票は不要です。送付枚数本紙とも：            枚

※町記入欄	回答：        年    月    日（担当            ）
-------	----------------------------------------