**平成30年度介護報酬改定に関する質問票**

事業所名

指定サービス名

担当者名

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| **質問概要** | ○○○○○について |
| **質問内容**※簡潔かつ明瞭に記載してください。 |  |

**<提出先>**

串間市医療介護課介護保険係

メール：kaigo@city.kushima.lg.jp

電話：0987-72-0333（500）

FAX：0987-72-0310

※メール又はFAXした際には、回答漏れを防ぐためお電話を一報お願いします。