《送付先》

**FAX：０７４２－２７－３０７５**

奈良県福祉医療部　医療・介護保険局　介護保険課　介護事業係

**FAX質問票**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先TEL |  |

1. 質問の対象となるサービス

|  |
| --- |
|  |

1. 質問する項目

|  |
| --- |
|  |

1. 質問の内容

|  |
| --- |
|  |