

様式1

FAX送付先 0 5 8 - 3 2 2 - 3 1 5 6

岐阜県居宅介護支援事業協議会 事務局 行

岐阜県介護サービス事業者等支援事業 「相談票」

FAXによる質問・相談



法令根拠等と共にご返答

① 基本事項

送信年月日		令和 年 月 日 ()		
相談者	氏名		職種	
所属事業所	種別	<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	名称			
	電話	()	-	
	FAX	()	-	

② 相談内容

主な内容 (～について)
相談内容

③ 対応についてご希望等

--