　各市町　介護保険担当課　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 所在市町名 |  |
| 事業所名 |  |
| 質問者名 |  |
| 電　　話 |  |

令和６年度足柄上地区居宅介護支援事業所及び地域密着型通所介護事業所

に対する集団指導講習会　質問票

〇質 問 票

　講習内容について質問がある場合は、下記に記入してご提出ください。

|  |
| --- |
| 【質問項目】 |
| 【質問内容】 |
| 【質問項目】 |
| 【質問内容】 |