**質　問　票**

年　　　月　　　日

**三股町　高齢者支援課　介護高齢者係　行　　　（ＦＡＸ　０９８６－５２－９０６９）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 質問者名 | （職名）　　　　　　　　　　　　　　　（氏名） |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

|  |
| --- |
| 1. 質問内容
 |
| 1. 事業所として考える回答
 |
| 1. 三股町の回答
 |

※　「事業所として考える回答」が未記入の場合、今後返答を控えさせていただく場合がありますので、ご了承ください。