令和３年度介護報酬改定・基準改正に係る質問票

◇質　問　者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（施設）名称 |  |
| 事　業　所　番　号 |  |
| 担　　　当　　　者 |  |
| 連　　　絡　　　先 | TEL　　　　　　　　　　　FAX |

◇質　問　内　容

|  |  |
| --- | --- |
| 質問に係るサービス種別 |  |
| 質　問　の　項　目 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　について |
| **【質問の内容】** |
| 質　　問　　日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

（注）質問内容については、予め厚生労働省の通知や関係資料等をご確認のうえ質問くださるようお願いします。また、質問は全てFAXでの受付となり質問票は１質問につき１枚のご提出をお願いします。