**令和６年度制度改正及び報酬改定に係る質問票**

|  |  |
| --- | --- |
| 質問日 |  |
| 事業所名 |  | 担当者 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  | | |
| 質問項目 |  | | |
| 質問要旨 |  | | |

（注）　１　質問は１枚につき１項目とし、上記空白欄のみ記入してください。

　　　　２　質問内容は、明瞭に記載してください。不明瞭な場合、正確な回答ができないことがあります。

　　　　３　質問内容によっては、回答までにお時間をいただく場合がございます。

（障害保健福祉推進室使用欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 到達日 |  | 回答日 |  |
| 回答方法 |  | | |
| 回答内容 |  | | |
| 回答者 |  | | |