

# 令和7年度集団指導資料の内容に関する質問票等

送信先：北九州市介護保険課介護保険事業者指導係 行  
(FAX 093-582-5033)

事業所番号									
事業所名称									
担当者名									
	電話番号					FAX番号			
サービス種別 (該当に○)	1 訪問介護    2 訪問入浴介護    3 訪問看護    4 訪問リハ 5 居宅療養管理指導    6 通所介護    7 通所リハ    8 短期入所(生活) 9 短期入所(療養)    10 特定施設    11 福祉用具貸与    12 特定福祉用具販売 13 定期巡回・随時対応型    14 夜間対応型    15 地密通所    16 認知通所 17 小規模多機能型居宅介護    18 認知症対応型共同生活介護    19 地密特定施設 20 地密介護老人福祉施設    21 看護小規模多機能型居宅介護 22 居宅介護支援 23 介護老人福祉施設    24 介護老人保健施設    25 介護医療院 26 第1号訪問    27 第1号通所    28 生活支援型    29 その他								
問い合わせの概要  又は  会場視聴での視聴理由・人数  <u>※上記目的以外では使用しないでください。</u>	【 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">資料の内容に関する質問事項</span> 又は <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">会場での視聴理由及び人数</span> 】								
本市処理欄	※この様式は集団指導に関する質問事項等の問い合わせに使用してください。 <b>■会場視聴希望事業所・施設への事務連絡</b> アンケートの回答期限後、集計を終えましたら個別にご連絡しますので、お待ちください。その際に、動画視聴会の場所及び時間などをお伝えさせていただきます。 ※ <u>令和7年10月15日(水)までに連絡が無い場合は、お手数ですが介護保険課 介護保険事業者指導係まで、ご連絡ください。</u>								

※書ききれない場合や必要と思われる書類は、添付してください。