問　合　せ　票

送信先	福島県国民健康保険団体連合会　介護保険課　介護保険担当		
ＦＡＸ番号	０２４－５２８－０９８９	電話番号	０２４－５２３－２７０２

問合せの内容

問合せ事業所記載欄

事業所の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

添付資料 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿枚

※　添付資料を送信する際は、個人を特定する氏名を抹消してください。