

# 質問・問合せ連絡票

鳥取県国民健康保険団体連合会  
 審査管理課介護保険室  
 FAX0857-29-6115

平成 年 月 日

|               |  |
|---------------|--|
| 事業所番号         |  |
| 事業所名          |  |
| 担当者           |  |
| 連絡先電話等        | TEL <span style="float: right;">FAX</span> |
| 請求媒体          | 伝送    FD    帳票    (○をしてください)               |
| 送信枚数          | 枚 (添付資料 有・無)                               |
| 件名            |  |
| 質問・問合せ<br>内 容 |  |
| 回 答           |  |
| 回答管理番号        |  |

注: 当連絡票ファイルのフォーマット変更は行わないでください。

(20120420事業所説明会)