

# 医療・介護資源検索コンテンツ 掲載情報確認・更新票

回答日： 年 月 日

## 居宅介護支援事業所用回答シート

事業所名：

管理者名：

窓口担当者名：

事業所情報	当てはまる項目に○をつけてください
HP	有・無
営業時間	時 分～ 時 分
休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・お盆 年末年始(～)、その他( )
ターミナルケアマネジメント加算届出	有・無
緊急時の電話対応	有・無
看護資格保有者	有・無
訪問対応地域	
自己PR 自由記載欄	

(回答先) 武雄杵島地区医師会事務局

FAX : 0954-23-2216 メール : zaitaku@tk-med.or.jp