提出先　　　千葉県健康福祉部高齢者福祉課介護事業者指導班

ＦＡＸ　　　０４３－２２７－００５０

メールアドレス　　kaigojigyou@mz.pref.chiba.lg.jp

緊急連絡先等に係る調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| サービス名 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 緊急連絡先 |  |
| メールアドレス |  |
| 備考 |  |

※１　２以上のサービス（県所管のみ。介護予防サービスを除く。）を実施しており、緊急連絡先等が同一の場合には、備考欄に併設する事業所名とサービスを記載してください。その場合の提出は1部で構いません。（例：通所介護と短期入所生活介護）

※２　緊急連絡先については、携帯電話番号等、災害時でも連絡がとれる可能性が高いものを記載してください。

※３　事業所のメールアドレスがない場合でも、緊急連絡先を記載のうえ、本票を必ず提出してください。