

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 kaigojigyoku@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。