|  |
| --- |
| ＜相談票＞　　島根県介護テクノロジー定着支援事業 関連 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | |
| 事業所名 | |  | |
| 相談者（代表者）氏名 | | |  |
| 連絡先 | 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 【相談内容について】 | |
| 問１　島根県介護テクノロジー定着支援事業に係る介護テクノロジー等の導入にあたり、懸念事項や専門家へ相談したいことはありますか。 | **１.**ある    **2 .**ない |
| 問２ 問１で『１．ある』と回答した場合、相談内容・困りごとの詳細【自由記述】 | |
|  | |

* 相談等の内容によっては、「介護現場革新サポートセンターしまね」と情報を共有して対応します。