【様式5】

　　年　　月　　日

・市町村長　様

・新潟県国民健康保険団体連合会

介護サービス苦情処理委員長　様

事業者名

管理者名　　　　　　　　　　　印

**介護サービス改善状況報告書**

　　　　　年　　月　　日付けで指導及び助言のありました介護サービスの改善については、下記のとおり改善計画を立て今後の運営に反映することにしましたので、報告します。

記

改　善　計　画

【担当】

　　　　　　課　　　　　係

氏名

TEL　　　　　FAX