地域密着型サービス事業に係る指定等に関する質問票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質問年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 事業所名 |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| 連絡先電話 |  | 連絡先Fax |  |
| メールアドレス |  | | |
| 提供サービス |  | | |

※１つの質問につき、1枚の質問票でお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問 |  |
| 回答 |  |

行田市役所健康福祉部高齢者福祉課介護保険担当

電話：５５６－１１１１（内線　２７７）

Fax：５６４－１３１５

Mail：kourei@city.gyoda.lg.jp

【市記入欄】

No.

　　　年　　　月　　　日受付　　　　　　　　　　管理番号