

**FAX送信票** このまま送信してください。

福祉課介護保険担当(石崎・木下) 宛 FAX: 41-2662

**令和7年度 地域密着型サービス整備法人募集質問票**

法人名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

TEL (Fax) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

メールアドレス \_\_\_\_\_

事項名	
具体的内容	

提出期限 令和7年9月19日(金) 午後5時必着

回答は、参加の全事業所宛にメールで行います。