

別紙 1

地域密着型サービス事業者事前申込連絡票

年 月 日

(宛先) 焼津市長

所在地
名称
代表者名
電話番号

このことについて、募集要項に定める資格要件において、応募者の制限にかかる項目がないことを確約し、事前に申し込みします。

地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類		
事業所の予定地		
担当者連絡先	氏 名	
	所属名及び 所属の所在地	〒
	電話番号	
	Emailアドレス	

※令和7年6月9日（月）から7月4日（金）までに電子メールで提出してください。

※質問は、本申込提出後から令和7年6月30日（月）午後5時まで電子メールのみ受け付けします。

※メール送信の件名は、「地域密着型サービス事業者事前申込連絡票」としてください。

【提出先】

静岡県焼津市健康福祉部介護保険課保険給付担当

Eメール kaigo@city.yaizu.lg.jp