

【別紙 2】

焼津市地域密着型サービス事業者募集 質問票

【送信先】 焼津市 健康福祉部 介護保険課 保険給付担当	E-mail : kaigo@city.yaizu.lg.jp
------------------------------------	---------------------------------

発信者	法人名			
	担当者		TEL	
			E-Mail	
対象事業	☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		※質問する事業にチェック☑をしてください。	
質問事項 ※質問内容には、該当資料名、ページ、該当項目等、どの項目に対する質問であるかを確認できるように記述してください。				

《注意事項》 (1) 質問票はメールで提出してください。メール受信後、「受信完了」のメールを送ります。
(2) 準備でき次第、回答をお送りします。ご承知ください。

【担当連絡先】 焼津市健康福祉部介護保険課保険給付担当 TEL : 054-626-1159
--