地域密着型サービス事業者募集に係る質問票

令和　　年　　月　　日

丸亀市健康福祉部高齢者支援課　あて

（送信先ファックス番号　0877-24-8914）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者部署職・氏名 |  |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　FAX |
| 質問内容 |
|  |

※　質問内容は簡潔かつ明確に記入してください。