

令和 年 月 日

津市健康福祉部介護保険課介護保険担当 行き

F A X : 0 5 9 - 2 2 9 - 3 3 3 4

E-Mail: 229-3149@city.tsu.lg.jp

地域密着型サービス事業者募集要領に関する質問書

以下のとおり質問を提出します。

法人名称		
所在地		
質問者氏名		
連絡先	電話番号	
	F A X	
	E-Mail	

質問内容	
------	--

※ 質問書提出期限 令和 7 年 8 月 1 5 日 (金) 1 7 時