（別紙１）

令和　　年　　月　　日

志布志市健康長寿課長寿支援グループ　宛

地域密着型サービス事業者公募に関する質問票

（（介護予防）認知症対応型共同生活介護）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| Eメール |  |

|  |
| --- |
| 質問内容 |
|  |

※　提出期限は、令和７年７月18日（金）午後５時までです。

※　FAX（099-472-1336）又はメール（choujushien1@city.shibushi.lg.jp）で、提出をお願いします。