年　　月　　日

**藤沢市地域密着型サービス事業者の募集に関する質問票**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 連絡先 | 住所 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者 | 所属役職名 |  |
| 氏名 |  |
| 質問事項 |  |
| 募集要項の該当箇所 |  |
| 質問内容 |
|  |

電子メールで提出してください。

受付期間以降に提出された質問票は受け付けませんのでご注意ください。

質問票１枚につき質問項目は１件としてください。

|  |
| --- |
| 事務担当　　藤沢市福祉部介護保険課　企画・事業所担当電　話　　　０４６６－５０－８２７０Ｅメール 　 fj1-kaigo-j@city.fujisawa.lg.jp |