令和　　年　　月　　日

北秋田市健康福祉部

高齢福祉課　介護保険係　行き

　Tel ：0186-62-1112

Fax：0186-62-4296

E-mail：kaigo@city.kitaakita.akita.jp

**北秋田市介護サービス事業者募集に関する質問票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 事業所名 |  | |
| 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 |  |
| サービス種別 | | (介護予防)短期入所生活介護 |
| 質問項目 | |  |
| 募集要項等の該当箇所 | |  |
| 内容　＊この様式１枚につき質問項目は１件としてください。質問内容は簡潔かつ具体的に記入してください。 | | |

＊質問受付期間：令和元年６月１０日 ～ 令和元年７月１９日