平成　　年　　月　　日

**松戸市**

**地域密着型サービス事業者の応募に関する質問票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 質問項目 | |  |
| 公募要項の該当箇所 | |  |
| 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。 | | |

**＊電子メールで４月２０日（金）午後５時（必着）までに、下記まで提出すること。受付期限以降に提出された質問票は受け付けませんので、注意すること。**

松戸市福祉長寿部介護保険課施設整備担当

E-mail mckaigo@city.matsudo.chiba.jp

電　話　047-366-7370

ＦＡＸ　047-363-4008