令和　　年　　月　　日

**松戸市**

**松戸市通所型元気応援くらぶ事業の応募に関する質問票**

|  |  |
| --- | --- |
| グループ名 |  |
| 連絡先 | 住所 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者 | 役職名 |  |
| 氏名 |  |
| 質問項目 |  |
| 募集要項の該当箇所 |  |
| 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。 |

**＊電子メール又はＦＡＸにて、高齢者支援課地域包括ケア推進担当室へご提出ください。**

松戸市福祉長寿部高齢者支援課地域包括ケア推進担当室

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

電　話　047-366-7343

ＦＡＸ　047-366-0991