（送信先）　所沢市役所福祉部介護保険課　行

　　ＴＥＬ　０４－２９９８－９４２０

　　ＦＡＸ　０４－２９９８－９４１０

　　電子メール　tsj@city.tokorozawa.lg.jp

所沢市地域密着型サービス事業者の公募に関する質問書

＜送信元＞

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 連絡先（担当者名） |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| 電子メールアドレス |  |

＜質問事項＞（簡潔にわかりやすく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |
| 質問書提出日：令和　　年　　月　　日 |

※　必要に応じて別紙なども使用してください。複数ページになる場合には、○／○ページ等の記載により、送付した枚数を明らかにしてください。

※　審査選定内容や、介護保険法に基づく指定基準など法令等により確認ができる事項、他の応募者に関する情報等については回答しかねます。

令和3年8月31日（火）までの受付です。