

質 疑 書

平成 年 月 日

件 名	介護予防・日常生活支援総合事業 介護事業者説明会		
事業者名 (または法人名)			
サービス種別	居宅 ・ 訪問 ・ 通所 ・ その他 ()		
電話番号		F A X	
質 問 者	職名・職種		
	氏 名		

	質疑内容	関連 ページ
1		
2		

※「関連ページ」は説明会で配布した資料のページをご記入ください。

全____枚中の_1_枚目

【あて先】川口市長寿支援課

FAX : 048-258-0670

MAIL : 083.02000@city.kawaguchi.lg.jp

事業者名：

	質疑内容	関連 ページ