

介護保険施設等公募に関する質問票

堺市介護事業者課宛て（FAX:072-228-7481）

法人名		
担当者名		
連絡先	TEL	
	FAX	
	メールアドレス	

質問内容	質問照会日	令和 年 月 日		
	施設種別 該当するものを○で囲んで ください。	広域型特養（増床） グループホーム（増床） 看護小規模多機能	介護老人保健施設（増床） 小規模多機能 定期巡回	特定施設

※ 質問は本質問票を使用して、当課あてメール (kaiji@city.sakai.lg.jp) 又はファクスにて送信してください。

※ 回答はこのホームページ上に掲載する場合があります。