

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（新設・増床） グループホーム（新設・増床） 看護小規模多機能 地域密着型特養 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します。

質問票受付期間 応募受付の電話予約期限まで