

堺市介護事業者課宛て (FAX:072-228-7481)

介護保険施設等整備事業者募集に関する質問票

法人名		
担当者名		
連絡先	TEL	
	FAX	
	メールアドレス	

	質問照会日	令和 年 月 日	
	施設・事業所種別 ※該当する欄に○印をつけてください。		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	広域型特養 (増床)
		<input type="checkbox"/>	特定施設入居者生活介護
		<input type="checkbox"/>	地域密着型特養 (新設)
		<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) (新設)
		<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護
		<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
		<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
質問内容			

※ 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 FAX にて送信してください。

※ 回答はこの堺市ホームページに掲載します。

質問票提出期日： 令和6年9月10日(火曜日) 午後5時30分まで