

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（ふりがな）		
連絡先	TEL	
	FAX	
	メールアドレス	

質問照会日	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。		広域型特養（増床）
		認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
		小規模多機能型居宅介護
		看護小規模多機能型居宅介護
		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、当課あて電子メール（kaiji@city.sakai.lg.jp）又は FAX にて送信してください。

※ 質問への回答は、堺市ホームページに掲載します。

質問票提出期日：令和 7 年 10 月 2 4 日（金曜日）午後 5 時 30 分まで