【様式１３】

新座市　いきいき健康部　介護保険課　介護給付・事業者係　行

TEL：048-424-5361

E-mail：kaiho@city.niiza.lg.jp　※電子メールにて送信してください。

令和７年度新座市地域密着型サービス事業者公募に関する質問書

送付日：令和　　年　　月　　日（　）

【送付元】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

【質問事項】（簡潔に記載してください。）

|  |
| --- |
| サービス名： |
|  |

※必要に応じて枠を広げてください。複数ページになる場合は、○／○ページ等の記載により送付枚数が明らかとなるようにしてください。