地域密着型サービス事業者の公募に係る質問票

令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 応募サービス名 | 認知症対応型共同生活介護 |
| 法人名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| 質問内容 |
|  |

※記入欄が足りない場合は、2ページ目以降になっても構いません。