別紙４

**質問票**

年　月　日

【宛　先】静岡市　介護保険課　事業者指導第１係

Ｆ Ａ Ｘ　　：054-221-1298

Ｅ－ｍａｉｌ：kaigohoken@city.shizuoka.lg.jp

【送信元・連絡先】法 人 名：

　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　　　　　電話番号：

Ｆ Ａ Ｘ：

Ｅ－ｍａｉｌ：

応募予定のサービス種別

|  |  |
| --- | --- |
| № | 質問項目※具体的に記載してください。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　適宜枠を追加、拡大して記入してください。