三鷹市健康福祉部介護保険課

介護事業者指導係　行

Ｔ Ｅ Ｌ ０４２２－２９－８０９５

Ｆ Ａ Ｘ ０４２２－２９－９８２０

**令和７年度三鷹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：　　　年　　 月　　 日（ 　）

**【送付元】**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 連絡先（担当者） |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |

**【質問事項】**（簡潔に記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

＊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には、○／○ページ等の記載により送付した枚数を明らかにしてください。