**質問票（認知症対応型共同生活介護）**

東金市市民福祉部高齢者支援課　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信日 | | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 送信元 | 法人名 |  |
| 担当者 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メール |  |
| 質問事項  (内容は簡潔にお願いします。) | |  |

※　令和６年５月１７日（金)までに、ＦＡＸまたは電子メールにて送付ください。

※　質問票の送信後は、必ず電話による着信確認を併せて実施してください。

東金市市民福祉部高齢者支援課　介護給付係

ＦＡＸ：０４７５（５０）１２９５

メール：korei@city.togane.lg.jp