柳川市福祉課高齢者福祉係　宛

柳川市在宅介護支援センター（大和町地区）

運営事業者募集要領に係る質問票

平成　年　月　日

**法人所在地：**

**法人名：**

**部署・職名：　　　　　　　　　　　担当者名：**

**電話番号：　　　　　　　　　　　ファクス番号：**

柳川市在宅介護支援センター（大和町地区）運営事業者募集要領に関して、次のとおり質

問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問箇所 |  |
| 内容（簡潔にまとめて記載すること。 | |

* ２枚以上にわたる場合は、それぞれに必要事項及び（ページ数／総ページ数）を記載して提出してください。
* 平成２９年１０月１６日午前９時から平成２９年１１月６日午後５時までＦＡＸで受付します。

ＦＡＸ番号　　０９４４－７３－９２１１