

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：

電話番号：

担当者名：

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