東広島市健康福祉部介護保険課　宛

ファクシミリ番号：０８２-４２２-６８５１

メールアドレス：hgh200937@city.higashihiroshima.lg.jp

令和　　年　　月　　日

認知症対応型共同生活介護の公募に関する質問票

１．質問者に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 法人等名称 |  |
| 部署、担当者の職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファクシミリ番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

２．質問に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 公募要項における項目名 | （例）応募要件について（公募要項Ｐ．１） |
| 質　問　内　容 |  |

※質問は本様式１枚につき１つとし、質問の趣旨が分かるよう簡潔かつ明確に記載してください。

※審査選考内容や介護保険法に基づく指定基準など法令等により確認ができる事項、他の応募者に関する情報等については回答いたしかねます。

※この様式を印刷してファクシミリ送信していただいてもかまいません。

※送信後、介護保険課へ確認の電話をしてください。

※ファクシミリまたは電子メールいずれの方法による質問についても、回答は質問受領後、原則５日（土、日及び祝日を除く。）以内に、東広島市ホームページに掲載します。

**※質問票の受け付けは、令和７年１０月６日（月）１７時の到着分までです。**