（質問票書式）

令和　年　月　日

**地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者公募に係る質問票**

**１　質問者**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名・部署 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 所在地 | 　 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |

**２　質問事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 件　　　　名 |  |
| 公募要項の項目名 |  |
| 質　　　　問（内容は簡潔かつ明確に箇条書きでお願いします。） |  |

**※　質問の締め切りは、メールにより令和６年12月18日（水）午後３時まで。**

※　質問は、本様式１枚につき１問としてください。

※　審査選定内容や、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しかねます。