様式4

【送信先】

飯塚市　福祉部 介護保険課（担当：事業所係）　あて

　E-mail：kaigo @city.iizuka.lg.jp

**質　　問　　票**

令和　　年　　月　　日

事業名：飯塚市（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所整備事業

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 質　問　内　容 |
|  |  |
|  |  |

※ 記入欄が不足するときは、複写して作成すること。

〈質問者〉

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 部　署 |  |
| 担当者 |  |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |