**江南市地域密着型サービス事業者公募に関する質問書**

送付日：令和　　年　　月　　日（　　）　送付枚数　　　枚

**【送付元】**

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 連絡先（担当者名） |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  |

**【質問事項】**（簡潔かつ明確に記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

※質問受付期間：令和６年７月５日（金）～令和６年７月１２日（金）午後５時

　　　　　　　　　（メール又はＦＡＸでの提出）

　　※回答は、市ホームページに掲載します。

担当　江南市役所　ふくし部　介護保険課

　　　　　　　　　　　　介護給付グループ

ＦＡＸ　0587‐56‐5951

Ｅﾒｰﾙ　 kaigo@city.konan.lg.jp