年　　　月　　　日

質問票

神戸市福祉局　介護保険課　御中

「神戸市ケアプラン点検業務」公募要領に基づき、下記のとおり「質問票」を提出します。

（参加申込事項）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 担当者・ＴＥＬ |  |
| 担当者・Ｅメール |  |

（質問事項）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資料名 | 頁 | 項目名 | 質問内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※質問数に応じて、適宜欄を増やしてください。

【留意事項　Ｅメール送信後、電話により受信の確認をしてください。（078－322－6902）】

　担当　太田　出田