年　　月　　日

**先進的介護伴走支援事業公募型プロポーザル**

**募集要項等に関する質問票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 連絡先 | 住所 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者 | 所属  役職名 |  |
| 氏名 |  |
| 募集要項等の該当箇所 | |  |
| 質問内容 | | |
|  | | |

電子メールで２０２４年（令和６年）１月２２日（月）までに提出してください。

受付期間外に提出された質問票は受け付けません。

質問票１枚につき質問項目は１件としてください。

|  |
| --- |
| 事務担当　　藤沢市福祉部介護保険課　企画・事業所担当  Ｅメール 　 fj1-kaigo-j@city.fujisawa.lg.jp |