

別紙資料 4

市川市地域密着型サービスに関する質問票

年 月 日

市川市福祉部 福祉政策課 行

| | | | |
|--------------------------|--|--------|--|
| 事業者名 | | | |
| 所在地 | | | |
| 担当者名 | 電話番号 | FAX 番号 | |
| 対象サービス □にチェックを いれる | <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 | | |
| 質問事項 | | | |

※令和2年6月29日（月）午後5時までに FAX又はメールにてご送付ください。

回答は、7月6日（月）までに、福祉部福祉政策課 Web サイトにて掲載いたします。個別に回答が必要な項目に関しましては、電話にてご連絡いたします。

市川市福祉部 福祉政策課 田淵、秋元

TEL : 047 (712) 8547

FAX : 047 (712) 8741

E-mail : koreishashisetsu@city.ichikawa.lg.jp