

介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）に関する意向調査票

(記入者) 法人名 _____ 事業所名 _____
担当者名 _____ 連絡先 Tel _____ Fax _____

		参入意向	備 考
通 所 型	サービス A (緩和)	有・無	
	サービス C (短期集中)	有・無	

※ 「参入意向」について、「有」、「無」のいずれかに○をお付けください。
今回の調査により、参入等が制限されるものではありません。
意向の詳細等を記入する場合は、「備考」欄をお使いください。
参入のご意向がなくても、調査票を提出くださいますようお願いいたします。

恐れ入りますが、本調査票を平成 28 年 11 月 14 日 (月)までに下記提出先へ FAX または郵送でお送りいただくか、総社市役所 1 階長寿介護課窓口までご持参ください。(FAX 送付状は不要です)

■提出先

総社市保健福祉部長寿介護課

〒719-1192 総社市中央 1 - 1 - 1

TEL 0866-92-8373

FAX 0866-92-8385