質問票

送付先メールアドレス　　f-kourei@city.nishitokyo.lg.jp

宛　　　　　　　　先　　西東京市健康福祉部高齢者支援課介護事業者係

令和６年６月　　日

|  |
| --- |
| 事業者名： |
| 担当者名： |
| 電話番号： 　　ＦＡＸ番号： |
| E-mail： |

|  |  |
| --- | --- |
| No | 質問内容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |