令和３年　　月　　日

上田市高齢者介護課　あて

（介護保険担当）

法人名又は診療所名

担当者氏名

連絡先

看護小規模多機能型居宅介護サービス事業者募集についての質問

［質問欄］

|  |
| --- |
|  |

※質問の受付は、令和3年12月3日（金）午後5時までです。