

セレクト型はつらつくらぶ事業受託事業者募集に係る質問票

秋田市福祉保健部長寿福祉課
在宅サービス担当 行
E-mail ro-wflg@city.akita.lg.jp

事業所名	
住所	
役職・氏名	
電話番号	
E-mail	

質問項目：

内容：

- ※ 質問内容は、質問項目ごとに質問すること。
※ 審査基準の審査項目に関する場合は、どの審査項目に係る質問か明示すること。