

(あて先) 鎌倉市健康福祉部介護保険課 宛て
(FAX) 0467-23-7505

【鎌倉市地域密着型サービス事業者募集に関する質問書】**【質問者】**

法人名			
フリガナ 担当者名		質問日	令和3年 月 日
T E L		F A X	
Eメール			
応募を予定し ている事業種 別	圏域 (地域)		

【質問内容】 (簡潔に御記入ください)

--

※質問最終受付日：令和3年7月30日（金）17時