鶴ヶ島市健康部介護保険課介護保険担当　行

電話　０４９－２７１－１１１１（内線１９４）

E メール　[**10500020@city.tsurugashima.lg.jp**](mailto:10500020@city.tsurugashima.lg.jp)

**鶴ヶ島市地域密着型サービス事業所整備に関する事前相談票**

**送付日　令和　　年　　月　　日（事前相談予約日　令和　　年　　月　　日）**

**《　送　信　元　》**

|  |  |
| --- | --- |
| **法人名** |  |
| **担当者** |  |
| **電話番号** |  |
| **Ｅメール** |  |

**《　相　談　事　項　》**

|  |
| --- |
|  |

**※本相談票を添付ファイルとして、電子メールで提出してください。その際、送信時のタイトルを「地域密着型サービス事業所整備（事前相談票）」としてください。**