第１号様式

**質　問　票**

　　　令和７年　　月　　日

（送付先）　木更津市福祉部介護保険課計画推進係　宛

Ｅメール：kaigo@city.kisarazu.lg.jp

１　質問者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所属・担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅメール |  |

２　質問内容　（簡潔に分かりやすく、記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

※　質問の受付期限は、令和７年１０月１７日（金）正午までです。

※　質問受付は介護保険課への持参又は電子メールのみとします。