

(あて先) 鎌倉市健康福祉部高齢者いきいき課介護保険担当者 様  
(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           | [REDACTED]      |                     |             |
| 担当者名          | [REDACTED]      | 質問日                 | 令和元年 7月 24日 |
| TEL           | [REDACTED]      | FAX                 | [REDACTED]  |
| Eメール          | [REDACTED]      |                     |             |
| 応募を予定している事業種別 | (予) 小規模多機能型居宅介護 | 圏域 ( [REDACTED] 地域) |             |

【質問内容】(簡潔にご記入ください)

今回の地域密着型サービスの公募申請の添付書類に関しまして、様式5  
役員等の名簿ですが、就任年月日の記載日は法人開設時の日付か、役員は2年毎の  
改選が有るので、直近の日付か、若しくはその他の日付なのかご指示頂ければと  
思います。

お忙しい所恐れ入りますが、よろしくお願いいたします。



※質問最終受付日：令和元年7月26日(金) 17時