別紙２

６月２５日実施
各務原市認知症者見守りシール配布事業説明会に関する質問票

記入日　令和　　年　　月　　日

【事業者名　　：　　】
【記入者名　　：　　】
【連絡先　　：　　】

今回の説明会の内容についての質問、事業に対する質問、意見等について

ご協力ありがとうございました。

受付締切：令和３年７月２日（金）

※いただいたご質問等は、改めて参加者の皆様へ共有させていただきます。

各務原市高齢福祉課地域包括ケア推進室
國井、高場
FAX 番号：０５８－３８３－６３６５
Mail　　：kfukusi@city.kakamigahara.gifu.jp