（様式４）

三重県庁　長寿介護課　医療介護連携班　加藤　行き

FAX：０５９－２２４－２９１９

MAIL：chojus@pref.mie.jp

**三重県認知症疾患医療センター指定医療機関公募に係る質問書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| **医療機関名** |
| **連　絡　先　　質問者氏名****部署（課名）****電話番号****ＦＡＸ番号****E-mail** |

|  |
| --- |
| **質問内容** |