

情報提供依頼用 FAX

下記の対象者の情報提供を依頼します。
(写しは申請書と引き換えにお渡しします。)

事業社名

住所地

電話
番号
FAX
番号

佐野市役所

介護保険課 介護認定係

FAX番号 0283-21-3254

電話番号 0283-20-3022

依頼元事業者様は、太枠の部分を記入しファックスしてください

- ①月、火、水の午後5時までに依頼されたもの→金曜日の午後より受け取り可能
②木、金の午後5時までに依頼されたもの→翌週の火曜日の午後より受け取り可能
③指定日から約一週間以内に取りに来てください。

記

[illegible]