

(別紙1)

宮崎県医療・介護連携推進室 福井 行き  
FAX 0985-26-7344

宮崎県認知症疾患医療センター指定医療機関募集に係る

## 質問書

令和 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