

〒****-****

各務原市*****

利用者宛文書 見本

***** 様

事務連絡
平成30年12月12日

各務原市健康福祉部高齢福祉課

『食の自立支援事業』の配食事業者について（お知らせ）

平素は福祉行政にご理解、ご協力いただき誠にありがとうございます。

現在ご利用中の配食事業者 株式会社 エム・シー・システム が平成31年3月31日をもって市の『食の自立支援事業』から撤退することとなり、4月1日からご利用できなくなりますのでご連絡いたします。

つきましては今後のご利用にあたり、平成31年4月1日から以下の業者に変更していただきたくご通知いたしました。

誠に恐れ入りますが別紙「希望配食事業者アンケート」に必要事項をご記入の上、同封の返信用封筒にて高齢福祉課まで返信いただきますようお願いいたします。なお、食の自立支援を希望されない方も同様にご連絡ください。

記

1. 以下の事業者から一つ選択してください。

※各事業者の特徴等につきましては、別紙「食の自立支援事業（配食サービス）配食事業者一覧表」をご覧ください。

■ ^{ことぶき} ^{しょく} ^{ひん}
寿 食 品

■ ^{たくはい} ^{ワン・ツー・スリー}
宅配クック1 2 3

■ ^{べんとう}
まごころ弁当

2. 提出期日 12月28日（金） ※同封の返信用封筒をご利用ください。

ご不明な点がありましたら、下記までお尋ねください。

【お問合せ】

〒504-8555

各務原市那加桜町1丁目69番地

高齢福祉課 高齢福祉係

担当 桜井・高橋

☎(058)383-1779 [直通]

***** 様

希望配食事業者アンケート

平成31年4月1日以降、ご利用を希望されるもの一つに○をつけてください。

ことぶき しょく ひん
・ 寿 食 品

たくはい ワン・ツー・スリー
・ 宅配クック 1 2 3

べんとう
・ まごころ弁当

・ 平成31年4月1日以降は、利用しない

ご利用者様の氏名などをご記入ください。

氏 名	
住 所	各務原市
電話番号	

※記入されましたら、同封の返信用封筒に入れ、平成30年12月28日(金)

までに返信してください。