様式第３号

質問票

白子町　健康福祉課介護保険係　行

　白子町ひまわり長寿プラン第１０期高齢者福祉計画・第９期介護保険事業計画策定業務委託公募型プロポーザルに関し、下記のとおり質問いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信日 | | 令和５年　　月　　　日（　　） |
| 送信元 | 商号又は名称 |  |
| 担当者 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問事項  （内容は簡潔にお願いします。） | |  |

※　令和５年５月１７日（水）までに、電子メールまたはＦＡＸにて提出すること。

※　質問票の送信後は、必ず電話による着信確認を併せて実施すること。