**※申込者は記入しないこと。**

整理番号（※）

【第６号様式】

令和　　年　　月　　日

**質　問　書**

東大和市高齢者福祉計画・第１０期介護保険事業計画策定支援業務委託について、次の項目を質問いたします。

事業者名

担当者名

電話番号

FAX番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

|  |  |
| --- | --- |
| No | 質問事項 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

＊記入欄が不足する場合は、適宜追加して記載すること。