様式２

質問書

提出日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | | 大台町高齢者福祉計画及び第１０期介護保険事業計画策定業務 | |
| 提出先 | 大台町健康ほけん課　介護保険係  電話　0598-82-3785　FAX　0598-82-1775  メールアドレス　 odai-hoken@odaitown.jp | | |
| 質問者 | 会社名 | |  |
| 所属・担当者名 | |  |
| 電話 | |  |
| ＦＡＸ | |  |
| メールアドレス | |  |
| 質疑事項 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

（注）１　質疑事項は、明瞭・簡潔に記入してください。

２　評価に影響しない質問については、口頭で回答することがあります。

３　メール又はFAXで提出して下さい。到着確認は必ず行ってください。