様式４

質　問　書

令和　　年　　月　　日

鏡野町長　様

（総合福祉課　介護保険係）

所在地

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

第10期鏡野町高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定支援業務委託に係る事業者選定プロポーザルについて、次の質問をします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 回答 |
|  |  |

※質問がない場合は、質問書を提出する必要はありません。用紙が足りない場合は、別紙に追加して作成してください。。

※質問書は電子メールで受付します。送信後、必ず送付した旨の確認電話をしてください。

※回答の際、質問を行った業者の名称は公開しません。