様式第１１号

　　　　年　　月　　日

市川三郷町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

商号又は名称

代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

市川三郷町第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画

策定支援業務委託　質問書

　　　プロポーザルに参加するにあたり下記のとおり質問がありますので、回答をお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番　号 | 質　問　事　項 | 回　　答 |
| 質問１ |  |  |
| 質問２ |  |  |
| 質問３ |  |  |
| 質問４ |  |  |
| 質問５ |  |  |

　※質問欄は、適宜、拡大または追加してください。ただし、質問は簡潔にお願いします。