様式３

送信先　ＦＡＸ　075-962-5652

メール　kaigo@shimamotocho.jp

　　年　　月　　日

（あて先）島本町健康福祉部高齢介護課　行

会社名

**質　問　書**

「第１０期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」のプロポーザルについて、以下のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 質問事項 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |

※記載欄が足りない場合は、行の挿入やページの追加を行うこと。

※それぞれの質問事項の冒頭には、資料名・ページ（「募集要項　Ｐ．○」「仕様書　Ｐ．○」）などを記入してください。

※質問なしの場合もその旨を記載し提出してください。

|  |
| --- |
| 担当者の連絡先（質問回答の送付先）  （所属・氏名）  （ＴＥＬ）  （ＦＡＸ）  （メールアドレス） |