様式第６号

FAX送信先　０７９－４９２－６７６８

令和　　年　　月　　日

稲　美　町　長　様

（会社名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号　　　　　　－　　　　－

業務名　「稲美町高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画」策定支援業務（債務負担行為）

質問書

　　次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問　　　番号 | 質　　問　　内　　容 |
|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

質問に対する回答書は、参加表明書提出者すべてにＦＡＸにて通知します。