様式２

令和　　年　　月　　日

**質　　　　問　　　　票**

「長生村高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画策定業務委託」について、次の項目を質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 商号又は名称 |  |
| 部署名・担当者名 |  |
| 連絡先（TEL/Fax） |  |
| Ｅ-mail |  |