令和　　年　　月　　日

質問書

業務名：第１０期倉敷市高齢者保健福祉計画、倉敷市介護保険事業計画及び

倉敷市認知症施策推進計画策定支援業務委託

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会社名 |  | |
| 担当部署 |  | |
| 担当者 |  | |
| 連絡先 | E-mail　： |  |
| 電話番号： |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 書類名・  該当頁等 | 質問内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

※　内容に応じて、不足する場合は行を追加すること。