様式３

質　疑　書

令和　　年　　月　　日

井　手　町　長　様

　以下のとおり質問がありますので，回答をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 件　名 | ５高委第３号　第９期井手町高齢者保健福祉計画策定支援業務委託公募型プロポーザル |
| 商号・名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 質　問　内　容 | 質　問　理　由 |
|  |  |