|  |  |
| --- | --- |
| 第10期 都留市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定  業務委託に関する質問書 | |
| 質問者 | 会社名：  代表者名：  連絡先：電話番号  FAX番号  メールアドレス  質問者： |
| 提出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 質問事項 |  |

注）質問提出期限を過ぎて提出された質問には回答しません。

　　質問には電子メールで回答します。