様式第２号

業　務　等　質　問（回　答）書

提出日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発注機関名 | 山ノ内町健康福祉課 | | 公　 告 　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 業　 務 　名  業務箇所名 | 山ノ内町高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画策定支援業務 | | | |
| 質問書提出者 | 所　 　 在　 　地 |  | | |
| 商号又は名称 |  | | |
| 電　　　　　　　話 |  | | |
| 担当者　所属・氏名 |  | | |
| 質問内容 |  | | | |