（様式４）

**質　問　書**

　「十日町市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務委託に係るプロポーザル」について、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質 問 事 項 | 質 問 内 容 |
|  |  |
| 会社等名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当部署及び担当者氏名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| E-Mail |  |

　※　記入欄が不足するときは、複写して作成すること。