（第６号様式） №

令和　　年　　月　　日

　愛川町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |
|  | 商号又は名称 |  |
|  | 代表者職氏名 |  |
|  | 担当者 |  |
|  | 所属 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | E-mail |  |

件名：令和７年度　第１０期愛川町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定業務委託（継続費）

質　　問　　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 質　問　内　容 | 参考頁 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

※１　質問は、本様式１番号につき１問とし、簡潔にまとめて記載すること。

※２　質問数に応じて番号枠を増減し作成すること。また、１枚に収まらない場合は枚数（ページ）を追加し作成すること。なお、「番号」欄は１番からの通し番号とすること。