**質問票**

　　年　　月　　日

射水市長

住所

申請者

氏名（法人にあっては名称及び代表者名）

業務名：射水市介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）通所型サービスＣ（生活機能向上のための短期集中型サービス）業務委託

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※質問書は令和６年２月２２日（木）１７時までに、ＦＡＸ又はＭＡＩＬのいずれかで提出してください。

所在地：

担当者名：

所属・役職：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

ＭＡＩＬ：