様式９

大和高田市要介護認定業務一部委託

質問票

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者（所属・氏名） |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領、仕様書の  該当箇所（ページ番号等） | 質問事項 |
|  |  |

※箇条書きで、簡潔に記載すること。

※記入欄が不足する場合は本様式に準じて追加作成してください。