様式第４号

令和　　年 月 日

**質　　問　　票**

「和光市介護認定審査会ペーパレス会議システム運用業務に関する公募型プロポーザル」について、以下のとおり質問します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参　加　者　名 | |  | | | |
| 担 当 者 | 会社名 |  | | | |
| (ふりがな)  氏名 |  | | 所属 |  |
| 電話番号 |  | 所在地 |  | |
| FAX番号 |  | E-mail |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 資　料　名 | 項 | 号番等 | 質　問　内　容 |
| 記載例 | 募集要項 | ４ | ⑴① | 「４　公募及び質問について　⑴　公募（募集要項等の配布）①配布期間」についての質問の場合、左記のように指定し、質問内容を記載してください。 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

※1　質問は、簡潔かつ具体的に記載すること。

※2　質問数に応じて行数を増やし、「No」欄に通し番号を記入すること。

※3　記載例及び表下の注釈は削除し、質問枠を拡張して用いること。

担当者：〒351-0192　埼玉県和光市広沢１番５号

和光市健康部長寿あんしん課介護保険担当

TEL：048-424-9125

Mail：d0300@city.wako.lg.jp