（様式１）

令和　　年　　月　　日

あさぎり町長　北口　俊朗　様

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

質　　問　　書

業務名：あさぎり町高齢者福祉計画・第１０期介護保険事業計画策定支援業務委託

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　事　項 | 質　問　理　由 |
|  |  |

連絡担当者

所属

氏名

電話

E－mail

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。