

(様式A)

質問書

令和 年 月 日

西原町役場 福祉部 福祉課 あて

「西原町福祉 3 計画(地域福祉計画等・高齢者保健福祉計画・障がい者計画等)策定業務委託」について、下記のとおり質問します。

会社名		
所在地		
代表者名		
TEL / FAX		
担当者名		
メールアドレス		
No	実施要領等の項目	質問内容

※適宜欄を追加して使用してください。