（様式１）

「大分市高齢者福祉計画及び第１０期大分市介護保険事業計画」

策定支援業務委託　プロポーザル　　質　問　表

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加申込者の法人名 | |  |
| 担当者  連絡先 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 |  |
|  | |