様式３

年　　月　　日

（宛先）周南市福祉医療部地域福祉課

　　　　　メールアドレス　fukushi＠city.shunan.lg.jp

　　　　　電話番号　０８３４－２２－８４６２

周南市エンディングノート協働発行業務プロポーザル質問票

次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目  （書類名称・ページ・項目） | 内　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注１：質問事項は、簡潔に記載してください。

注２：送信後、必ず電話により受信確認を行ってください。

所在地

商号又は名称

部署名

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話

FAX

E-mail