

様式 1

年 月 日

(宛先) 周南市こども・福祉部 高齢者支援課
メールアドレス koreishien@city.shunan.lg.jp
電話番号 0834-22-8467

「周南市高齢者プラン「第10次老人保健福祉計画・第9期介護保険事業
計画」策定業務委託」に係る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・項目など)	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 (フリガナ)
電話
FAX
E-mail