（様式３）

平成　　年　　月　　日

**質　問　書**

木古内町役場　保健福祉課介護福祉グループ　宛

所　　属

担当者名

電話番号

FAX番号

E-mail

木古内町高齢者日常生活圏域ニーズ調査集計・分析業務委託プロポーザルについて、次の質問をいたします。

|  |
| --- |
| 質問内容（簡潔に） |
|  |

注）１．質問がない場合は、質問書を提出する必要はない。

　　２．質問欄が足りない場合は、次ページに渡っても差し支えない。