様式３

年 月 日

（あて先）いの町ほけん福祉課 御中

電話番号 ０８８－８９３－３８１０

「いの町介護職員初任者研修事業委託業務」に係る公募型プロポーザル質問票

下記のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

所在地

商号又は名称

部署名

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話

FAX

E-mail