

## 質 問 書

業 務 の 名 称	泉南市要介護認定業務及び介護給付業務委託				
質 問 日	令和 年 月 日	質問番号		整理番号	※この欄には記入しないで ください。
事 業 者 の 名 称					
担 当 者 連 絡 先					
部 署					
職 名					
氏 名					
電 話					
E - m a i l					
質 問 内 容					
ページ/タイトル	募集要項	P.	(タイトル)		
	仕様書	P.	(タイトル)		
質 問 要 旨					

※ 質問事項は本様式に記載し、簡潔にとりまとめること。質問数が複数にわたる場合は、次頁の様式3-2に記載し、通しの質問番号を明記すること。

法人名		質問番号		整理番号	※この欄には記入しないで ください。
質 問 内 容					
ページ/タイトル	要 項 P. (タイトル)				
	仕 様 書 P. (タイトル)				
質 問 要 旨					

法人名		質問番号		整理番号	※この欄には記入しないで ください。
質 問 内 容					
ページ/タイトル	要 項 P. (タイトル)				
	仕 様 書 P. (タイトル)				
質 問 要 旨					