様式第６号

令和　　年　　月　　日

**質　問　書**

大田市長　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者名

　「大田市地域包括支援センター管理システム再構築業務に係る公募型プロポーザル」に関し、次のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 項　　目 | 　　　　　　　　質　問　内　容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

※必要に応じて追記すること。その際、番号は通し番号とする。

※電子メール送付後、電話にて着信確認を行うこと。

宛先 ：大田市役所　健康福祉部　介護保険課

E-mail ：o-kaigohoken@city.oda.lg.jp