**様式第4号**

|  |
| --- |
| **送付先：健康福祉部高齢福祉課****E-MAIL：****koreifukushi@city.miki.lg.jp****件名：（事業者名）プロポーザル質問書の送付** |

**令和　　年　　月　　日**

**質　問　書**

**三木市福祉３計画（地域福祉計画、高齢者福祉計画・介護保険事業計画、障害者基本計画・障害福祉計画・障害児福祉計画）策定支援業務委託プロポーザルに関し、次のとおり質問します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業者名** |  |
| **(ふりがな)****担当者氏名** |  |
| **担当者連絡先** | **所属** |  |
| **電話** |  |
| **E-MAIL** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **資料名／該当頁** | **質　　問　　内　　容** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**【記載上の注意】**

**・質問内容は箇条書きで記載してください。**

**・対象資料名(実施要領・仕様書)、該当ページ、質問内容を記載してください。**

**・質問内容ごとに仕切り線を入れてください。**

**・欄が不足する場合は、この様式で任意に追加してください。**

**・質問書は、６月１６日(月)までに、メールで送付してください。**