様式５

令和　　年　　月　　日

大分県知事　佐藤　樹一郎　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

質　問　票

自立支援型ケアマネジメント体制強化事業業務委託に係る企画提案競技に関し、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（欄が不足する場合は、適宜追加してください）

担当者

部署名

職・氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス