様式第１号

質　　　問　　　書

業務名：尾道市高齢者福祉計画及び第１０期介護保険事業計画策定支援業務

年　　月　　日

　尾　道　市　長　様

所在地：

法人名：

| 番号 | 資料名、項目 | 質　　問　　内　　容 |
| --- | --- | --- |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |