様式⑤

質　問　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）大東市長

所在地

商号又は名称

代表者職

代表者氏名

担当者氏名

所属部署

電話番号

第１０期大東市総合介護計画策定支援業務受注候補者選定について、次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 | 項目番号等 |
|  |  |

以上