年　　月　　日

豊中市多職種チームによる訪問支援事業業務委託プロポーザルにかかる

　質　問　票

豊　中　市　長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

１．質問事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質問内容 | 左記に対する貴法人の考え方（あれば記入ください） |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

※ 行が不足する場合は、適宜追加してください

２．担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 担当者 | 職名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  |