（様式第1号）

　　年　　月　　日

認知症初期集中支援チーム業務委託法人の公募にかかる

質　問　票

豊　中　市　長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

＜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

＜担当者＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当部署名 | |  | | |
| 担当者 | 職名 |  | | |
| 名前 |  | | |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| E-mail  (回答先) |  | | |