様式２

福知山市福祉保健部地域包括ケア推進課　宛

　　質　問　書

（令和６年度災害時ケアプラン作成支援システム構築業務に係る公募型プロポーザル）

　　令和6年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所属・担当 |  |
| 電話・ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 質問事項（表題） |  |
| 質問内容 |  |

注）質問は１項目ずつ１葉とすること。

|  |  |
| --- | --- |
| 回答  ※記入しないこと |  |