

(様式1)

令和      年      月      日

(宛先)貝塚市健康福祉部高齢介護課  
担当者 宛て

住所(所在地) :  
事業者名 :  
代表者職氏名 :  
担当者氏名 :  
電話番号 :  
ファクシミリ番号 :  
メールアドレス :

質 問 票

下記業務に係る企画提案募集に関し、以下の内容について質問します。

記

1. 業務名 : 「貝塚市エンディングノート(仮称)」協働発行業務

No	実施要領又は 仕様書ページ	質問内容