

(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