様式第１２号

白岡市地域支援事業配食サービス業務委託公募型プロポーザル

実施要領等に関する質問書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）白岡市長

（健康福祉部高齢介護課地域支援担当）

商号又は名称

担当者名

電話

ＦＡＸ

Ｅ-ｍａｉｌ

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　目  （実施要領等の頁） | 質　　問　　内　　容 |
|  |  |

**※提出先電子メールアドレス**[**koureikaigo@city.shiraoka.lg.jp**](mailto:koureikaigo@city.shiraoka.lg.jp)

**※令和５年１２月１９日（火）の正午までに送信してください。**