様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式１）

整理番号

※

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名：　　　　　　　　　　　）

質　　問　　票

令和６年度和歌山県「地域支援事業に係る市町村伴走支援」業務委託に係るプロポーザルに関し、下記内容について質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| NO | 質　　　　問　　　　内　　　　容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |

※　電話にて担当者に受領の確認を行ってください。

和歌山県長寿社会課　介護保険班　担当：小谷

（令和６年４月１日以降は同課 地域包括ケア推進班）

　　　　　ＴＥＬ：０７３－４４１－２４４０

　　　　　ＦＡＸ：０７３－４４１－２５２３

　　　　　e-mail：e0403005@pref.wakayama.lg.jp

　※（整理番号）は記入しないでください。