(様式第４号)

東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業

通所型短期集中予防サービス業務委託事業者選考に係る公募型プロポーザル

**質　問　票**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※「区分」欄には、公募実施要領、仕様書（訪問型・通所型を明記）等における該当箇所を記載すること