様式１

**質 問 票**

業務名：岡山市認知症伴走型支援事業業務委託

|  |
| --- |
| 事業者名： |
| 担当者： |
| 電子メールアドレス： |
| 電話： |
| ＦＡＸ： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 資　料　名　称 | 該当頁 | 該当行 | 該　当　項　目 |
|  |  |  |  |  |
| 質　問　内　容 | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 資　料　名　称 | 該当頁 | 該当行 | 該　当　項　目 |
|  |  |  |  |  |
| 質　問　内　容 | | | | |
|  | | | | |

【留意事項】

* 令和６年５月８日（水）午後５時００分までに提出のこと。なお、期限を過ぎたものは受け付けない。
* 電子メールで送付のこと。（メールアドレス koureishafukushika@city.okayama.lg.jp）
* 質問項目が多い場合は，本様式を適宜複写して利用すること。