【様式１】

年　　月　　日

（あて先）宇和島市保健福祉部高齢者福祉課介護認定係

　　　　　E-mail：kaigonintei@city.uwajma.lg.jp

電話番号：0895-24-1111（内線2157）

介護認定業務デジタル化業務に係るプロポーザル質問書

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目  （書類名・ページ・項目など） | 質　　問 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注）提出後には必ず電話により受信確認を行ってください。

　【担当者連絡先】※質問の内容等について確認する場合があります。

　　所在地：

　　商号又は名称：

　　部署名

氏名

電話番号：

　　FAX番号：

　　E-mail：