**質　　問　　書**

令和　　年　　月　　日

豊田市長　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

電話番号

FAX番号

（担当者名及びﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）

　外国人介護人材日本語学習支援業務委託における業者選定プロポーザルについて、次の質問をします。

|  |
| --- |
| 質問事項 |
|  |

※用紙が足りない場合は、追加して作成してください。

質問書は、福祉部介護保険課宛てに令和７年１月２７日（月）午後５時までに提出してください。受付方法は、原則メールとしますが、持参又は郵送でも受付可能です。（受付期限必着）

回答は、令和７年１月３１日（金）までに参加者にメールにて行います。

提出先：〒４７１－８５０１　豊田市西町三丁目６０番地

豊田市福祉部介護保険課計画推進担当（東庁舎１階）

メールアドレス：kaigohoken@city.toyota.aichi.jp