**質　　問　　書**

令和　　年　　月　　日

豊田市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名及びﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）

　一般介護予防事業「介護予防教室等業務委託」における業者選定プロポーザルについて、下記の質問をします。

|  |
| --- |
| 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。