令和７年　　月　　日

**質　　問　　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 質問者名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目（注２） | 質問の内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注意事項

１　この様式に記入し、電子メールに添付して下記メールアドレス宛てに送信してください。

　　伊勢原市保健福祉部 地域福祉推進課 地域包括ケア推進係　houkatsu@isehara-city.jp

**※確認漏れ防止のため、メールのタイトルは「プロポーザル質問票＋会社名」としてください。**

２　質問の対象となる書類（実施要領・仕様書等）、ページ、項目などについて記入してください。

３　本様式は、表の体裁（サイズ等）を変更しても結構ですが、Ａ４判・縦で作成してください。