様式第８号

令和　　年　　月　　日

浅口市健康福祉部社会福祉課 　宛

住　　所

会 社 名

代表者名

**質問書**

浅口市地域福祉計画策定業務委託（改訂）に係る公募型プロポーザルについて、次の項目を質問いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当箇所・ページ | 質　問　項　目 | 要　　旨 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |