【様式２】

小金井市立本町高齢者在宅サービスセンターサウンディング型市場調査

＜　事前質問票　＞

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　法人名又は団体名

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　担当者　所属部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項  （対象施設名・サウンディング議題等） | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※１ 質問の受付期限　令和５年９月１４日(木)　午後５時

※２ 質問シートの提出先　小金井市福祉保健部介護福祉課(s050303@koganei-shi.jp）へ電子メールにてご提出ください。