様式３

**小金井市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業**

**業務委託（単価契約）に関する質問書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | 担 当部署名 |  |
| 担 当 者 名 |  | 電 話番 号 |  |
| メールアドレス |  |

以下に質問内容をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

質問締切：令和６年２月２７日（火）午後５時まで　※必着

提出先：小金井市市民部保険年金課

メールアドレス　s030499@koganei-shi.jp

　　　　　電話（直通）　　０４２－３８７－９８３４