様式５（第８関係）

質　問　書

（あて先）

　長久手市長

所在地

商号又は名称

代表者氏名

電話番号

メール

業務名：第１０期高齢者福祉・介護保険事業計画策定及び令和７年度介護予防実態把握調査補助業務

質問年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問事項 |
|  |  |

※　下記のe-mailアドレスへ送信後、必ず電話で確認をすること。

長久手市福祉部長寿課　介護保険係宛　chouju@nagakute.aichi.jp