様式５

　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |

令和７年度下関市介護予防教室実施業務プロポーザル審査に係る質問票

　令和７年度下関市介護予防教室実施業務プロポーザル審査について、次のとおり質問します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 資料名称 | 該当頁 | 該当項目 | 質問内容 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |