令和　４年　　月　　日

質　問　票

（委託業務名：令和４年度地域包括ケア推進のための伴走型保険者支援事業）

　　　　社　　　　　名：

担当者氏名：

電話：

E-mail：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 項目 | 内容 |
| １ | ○○について |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

（注）必要に応じて次紙を付けることも可とするが、その場合は、次紙にも質問者の社名等を記載し、

「1／2」「2／2」等、全頁数と当該頁数が分かるようにすること。

メール：kaigo@pref.ishikawa.lg.jp

ＦＡＸ：０７６－２２５－１４１８

※ＦＡＸ及びメールでの件名は

「令和４年度地域包括ケア推進のための伴走型保険者支援事業業務委託に関すること」とすること。