（様式２）

質　問　書

「石川県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療・介護・障害分）」運営業務委託に係るプロポーザル審査について、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 〒　　- |
| 所属 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| タイトル | 質問事項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※質問がある場合は、令和２年８月３日（月）１２時までに石川県健康福祉部厚生政策課あて電子メールで提出してください。