様式第１号

質問書

令和　　年　　月　　日

錦江町長　様

（代表者）所在地

　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

業務名　令和7年度　錦江町高齢者スマホ教室・相談一体実施事業業務委託

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 該当資料名 | 頁 | 質問事項 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| 送信先FAX：0994-28-3367電子メール：fukushi-h@town.kinko.lg.jp担当課　錦江町役場　介護福祉課　福祉チーム |

※質問がない場合は送信していただく必要はありません。