**質　問　票**

１　質問者

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名（個人名） |  |
| 部署及び職・担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

※法人名、担当者名、電話番号は必ずご記入ください。

２　質問事項

|  |  |
| --- | --- |
| 質問番号 | 質問事項 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ | （欄が足りない場合は適宜挿入等してください。） |

※質問は、趣旨がわかるよう簡潔かつ明確に記載してください。

※審査選定内容や、介護保険法に基づく指定基準など法令等により確認ができる事項、他の応募者に関する情報等の応募状況については回答しません。

※質問及び回答内容は太田市ホームページに掲載します。

※提出方法　　この様式をダウンロードのうえメール送信してください。

※提出先　　　太田市役所　健康医療部介護サービス課

　　　　　　　E-mail： 020800@mx.city.ota.gunma.jp

※受付期限　　令和４年５月３１日（火）まで　受付時間は9時～17時 厳守