**質　問　書**

令和７年　　月　　日

所在地

法人（団体）名

代表者氏名

（連絡先）担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　Emailアドレス

北区地域保健福祉計画策定支援業務委託について、次のとおり質問いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 該当資料 | 頁数 | 質問事項 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |