（様式第３号）

　　年　　月　　日

質　問　票

　会津美里町長

（質問者）

　商号又は名称

　所在地

（担当者）

　氏名

　所属

　電話番号

　ＦＡＸ番号

　Ｅメール

　会津美里町第10期介護保険事業計画等アンケート調査集計分析業務に関して、以下のことについて質問があるので、回答願います。

|  |  |
| --- | --- |
| ページ | 質問事項 |
|  |  |

※　ページ欄には、「実施要領Ｐ.〇」など、分かりやすく記入すること。

※　送信後、必ず電話により受信確認を行ってください。