様式３

令和　　年　　月　　日

（宛先）　小金井市長

所在地

会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

質　問　書

小金井市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援委託のプロポーザルに関し、次のとおり質問をします。

質問内容

※記載欄が不足する場合は、コピーしてください。

提出期限：令和７年４月１１日（金）午後５時まで