令和　　年　　月　　日

柏原市長　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名　 　 印

「柏原市在宅医療・介護連携推進事業業務プロポーザル」質問書

　このことについて、「柏原市在宅医療・介護連携推進事業業務プロポーザル」に関して、次の事項を質問いたします。

質問事項

所属部署名：

担当者氏名：

所在地：

電話番号：

FAX番号：

e－mail：