（様式３）

令和　　年　　月　　日

豊明市長　小　浮　正　典　　殿

 　　　　　住　　　　所

 　　　　　商号又は名称

 　　　　　 代表者氏名

 　　　　　 担当者氏名

 　　　　　 電話番号

 　　　　　 ＦＡＸ番号

 　　　　　 電子メール

質　　　問　　　書

豊明市介護認定審査会ペーパーレス化導入事業プロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |
| --- |
| 質　　問　　内　　容 |
|  |