様式６

　　令和　　年　　月　　日

宛先：札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課

〒060-8611　札幌市中央区北1条西2丁目

E-mail：kyufu.nintei@city.sapporo.jp

所 在 地：

名　　称：

代表者名：

「札幌市介護認定事務業務 公募型企画競争」に関する質問書

【質問内容】（記載スペースが足りない場合は別紙を添付してください）

担当者　　部 署 名：

　　　　　担 当 名：

　　　　　TEL／FAX：

　　　　　E-mail：