（様式５）

質　　問　　書

（宛先）宮津市健康福祉部健康・介護課　介護給付係　行

（電話番号　0772-45-1619）

（E-mail　kaigo＠city.miyazu.kyoto.jp）

 　 　　　 住所

 商号又は名称

 代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者氏名

ＴＥＬ

Ｅ-mail

 質問年月日　令和７年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 | 第11次宮津市高齢者保健福祉計画・第10期宮津市介護保険事業計画に係るアンケート調査等業務 |
| 質　問　内　容 |
|  |
|  |
|  |

○あらかじめ電話連絡の上、電子メールで送信してください。