質　問　書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）瀬戸市長

（提出者）

所在地

法人名

代表者氏名

電話番号

　令和２年度瀬戸市介護認定電子審査会システム構築業務委託の業者選定について、質問がありますので提出します。

（担当者情報）

　　担当部署名

　　担当部署所在地

　　担当者職・氏名

　　連絡先（電　話）

　　　　　（ＦＡＸ）

　　　　　（メール）

　※回答先の担当者情報をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 |  |
| 内　容 |  |

（注意事項）

　質問は、一項目につき用紙一枚として簡潔にまとめてください。

（提出先）　担当部署　瀬戸市健康福祉部　高齢者福祉課介護認定給付係

　　　　　　電話番号　0561-88-2620

E-mail　koreisha@city.seto.lg.jp