様式第１号

令和　　年　　月　　日

柳川市長　金 子　健 次　様

法人名

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ

e-mail

質　　問　　書

柳川市食の自立支援事業業務委託について、以下の内容を質問します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 配布資料名 |  | 該当ページ |  |
| 質問件名 |  | | |
| 質問内容 |  | | |
| ２ | 配布資料名 |  | 該当ページ |  |
| 質問件名 |  | | |
| 質問内容 |  | | |

●提出先　　柳川市役所 保健福祉部　福祉課　高齢者福祉係

●提出方法　　直接持参かファクシミリ及び電子メール

●ＦＡＸ　　０９４４－７３－９２１１

●電子メール　　40207fukushi-kou@city.yanagawa.lg.jp

●提出期限　　令和５年１月１３日（金）午後５時まで。