

質 問 票

令和7年 月 日

事業者名	
所在地	〒
担当部署	
担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

第10期川越市介護保険事業計画等策定支援業務委託に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

No.	資料名等	項目等	質問内容
1			
2			
3			
4			

注1：記入欄は必要に応じて追加してください。

注2：受付期間は、令和7年7月11日（金）から令和7年7月17日（木）正午までです。

注3：この様式に記入し、電子メールにて『hokatsucare★city.kawagoe.lg.jp』へ送信してください。

（送信する際は★を@に置き換えてください。）

注4：項目等には、質問の対象となる書類（実施要領・仕様書など）、ページ、項目などについて記入してください。

注5：メール送信の際は、必ず件名を「介護保険事業計画等策定支援プロポーザル質問（事業者名）」としてください。