

令和6年 月 日

(提出先) 一宮市高年福祉課在宅福祉グループ

FAX : (0586) 73-1019

事業者名

## 質問書

「一宮市高齢者等配食サービス事業」について、次の事項を質問します。

| 質問内容 |
|------|
|      |

<担当者連絡先>

氏 名

電話番号

F A X 番号

メールアドレス