2025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

　　ＦＡＸ番号

　　　　メールアドレス