様式１

質　　問　　票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| 件名 | 大分県介護・障害福祉人材確保・職場環境改善等支援事業費補助金交付審査等業務委託 | |
| 会社名 |  | |
| 責任者氏名 |  | |
| 連絡先  （所属・氏名等） |  | |
| TEL | FAX |
| 【質問内容】 | | |