

質 問 書

令和 8 年      月      日

(宛先)

大津市長  
(健康福祉部 福祉政策課 宛)

商号又は名称  
担 当 者 氏 名  
T E L  
E - m a i l

このことについて、次のとおり質問します。

業務名      大津市地域福祉計画策定支援業務

	質問内容	資料名及び ページ番号
1		
2		
3		
4		
5		

- ・質問の受付締め切りは、令和 8 年 2 月 2 0 日（金）です。
- ・この様式に必要事項を記入のうえ、提出してください。
- ・メールの場合、必ず電話で送信した旨を伝え、福祉政策課で着信したことを確認してください。  
健康福祉部福祉政策課（0 7 7 - 5 2 8 - 2 7 4 0）
- ・質問に対する回答（質問回答書）は、ホームページに掲載します。