**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

石川県知事　　様

(参加希望者)

住　所

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (担当者)

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

令和７年度高齢者施設等災害対応力強化事業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。

|  |
| --- |
| 質　問　内　容 |
|  |