（様式３）

年　月　日

青森県知事　殿

（申請者）

住　　　　所

法人等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

質　問　票

令和６年度青森県介護テクノロジートライアル事業利用促進業務委託に係る企画提案公募について、次の事項を質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 質　問　事　項 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長とする。

　２　適宜この様式の枠を広げ、複数枚にわたる記入を可とする。

　３　押印は不要とする。

本件に係る連絡先

所属：

担当者名：

電話：

FAX：

E-mail：