様式５

質問書

令和７年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 【質問事項】 |

【提出先】

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症施策・地域ケア推進課　担当：丸田

　Mail ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp

※メールの件名は「プロポーザルに係る質問書（事業者名）」としてください。

　**質問書受付期限：令和７年５月２６日（月）午後５時まで**