**様式５**

在宅医療支援研修業務委託事業者選定に関する公募型プロポーザル

【質問票】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問者 | 商号又は名称 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 質問内容 |  |

※提出期限：令和６年７月２９日（月）17時必着