

奈良県介護予防・日常生活支援普及展開事業
(県の自立支援・介護予防等の取組と効果等の分析)業務委託 公募型プロポーザル受託者募集
【質問票】

令和 年 月 日

質問者

事業者名		
担当者	所属	
	氏名	
連絡先	電話	
	FAX	
	メールアドレス	

質問事項	
------	--

※質問は、電子メール又はFAXで受付します。

※質問受付期限:令和7年4月2日(水)午後3時まで

※質問票送信後、必ず電話にて送信した旨を連絡してください。

※電話・来訪など口頭による質問は受け付けません。

※質問に対する回答は、競争上の地位その他正当な利害を妨げるおそれのあるものを除き、「奈良県福祉医療部医療・介護保険局地域包括支援課ホームページ」上にて公開します。個別には回答しません。

【質問票送付先】

奈良県 福祉医療部 医療・介護保険局 地域包括支援課 (担当:川内)

TEL:0742-27-8540 FAX:0742-26-1015 メールアドレスは電話で問い合わせてください。