

【様式 9】

令和7年 月 日

葛城市長 宛

質 問 書

「葛城市在宅高齢者食の栄養改善・自立支援事業委託」に関する提案に関する提案募集について、以下のとおり質問します。

法 人 名	
代表者氏名	
所 在 地	
担当者氏名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
メールアドレス	

質 問 内 容

※質問欄は、適宜、追加してください。また、質問は簡潔にお願いします。

※回答書には原文のまま記載しますので、注意ください。

受付期間 令和7年10月3日（金）から10月22日（水）午後5時まで

提出先・葛城市保健福祉部地域包括支援課 地域包括支援センター

メールアドレス：hokatsu@city.katsuragi.lg.jp