**【様式５】**

**質問及び回答書（加西市高齢者福祉計画・認知症施策推進計画・第10期介護保険事業計画**

**策定支援業務委託に係るプロポーザル）**

質問者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質　問　内　容 | 回　　　　　答 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |