（別紙1）

令和７年　　月　　日

　彦根市福祉保健部

　　高齢福祉推進課　　　　　　　行

（kourei@ma.city.hikone.shiga.jp）

所　在　地

団　体　名

担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

メールアドレス

彦根市北老人福祉センターの指定管理者の募集に関し、下記のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質　問　内　容 |
|  |  |

・ 質問内容は簡潔に記入してください。

・ 質問項目が複数ある場合は、番号を付けてください。

・ 提出は、この用紙に必要事項を記入し、電子メールで彦根市高齢福祉推進課まで提出してく

ださい。

・ 質問書の受付は、令和7年7月25日(金)　午後4時45分までです。