様式６

令和　　年　　月　　日

**質問票**

【業務名】

つながる ひろがる デジタルシニア育成事業業務委託

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 部署 |  |
| 担当者名 |  |
| TEL  |  |
| E-mail  |  |
| 質問事項 |  |

※　質問は質問書１枚につき１項目とすること。

＜送信先＞豊島区保健福祉部高齢者福祉課 A0015301@city.toshima.lg.jp