

【様式 1】

令和      年      月      日

秋田県健康福祉部長寿社会課    あて

商 号 又 は 名 称	
部 署 名 等	
担 当 者 氏 名	
メー ル ア ド レ ス	
電 話 番 号	
F A X 番 号	

秋田県認知症施策推進計画策定事業業務委託企画提案競技  
実施要領等に関する質問票

番号	資料名称	該当頁	該当項目	質問内容

- ※ 1    令和 7 年 7 月 4 日（金）午後 5 時までに提出してください。
- ※ 2    電子メールで送付してください。（E-mail    :    Chouju@pref.akita.lg.jp）