（様式第９号）

令和　　年　　月　　日

質　問　票

法 人 名：

担当者名：

連絡先（電　話）

（ファクシミリ）

（電子メール）

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 佐久広域連合障害者相談支援センター相談支援業務委託（障がい児・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者）公募型プロポーザルについて |
| 質問№ | 質　問　事　項 |
|  |  |