

令和 年 月 日

地域活動支援センター運営業務（連携強化型 中・西区）に関する質問書

事業 者 名	
所 在 地	
代表者職氏名	
担 当 部 署 名	
担当部署住所	
担当者職氏名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
メールアドレス	

質 問 事 項	
質 問 箇 所	質 問 内 容
資料名： ページ： 項目：	
資料名： ページ： 項目：	

※ 枠に入りきらない場合、枠を追加するなどして、記載すること。

※ 送付後、障害施策推進課に電話（072-228-7818）し、到達確認を行うこと。