

質 問 票

所 在 地

商号又は名称

朝霞市障害者基幹相談支援センター運營業務委託に係るプロポーザルにおける仕様書その他関係書類について、以下のとおり質問します。

No.	資料名	頁	項目	質問内容
1				
2				
3				

※質問は簡潔かつ具体的に記入すること。

※記入欄が不足する場合は、適宜追加して記載すること。

(担当者連絡先)

担当者所属	
担当者役職・氏名	
電話番号	
F A X	
メールアドレス	