

様式第 2 号

能代市市民福祉部福祉課ふれあい福祉係 宛

令和 年 月 日

質 問 書

(能代市在宅障害者支援施設とらいあぐる指定管理者募集用)

質問内容	
------	--

団体名		
連絡先	担当者名	
	電 話	
	E - m a i l	

※ 連絡先は必ずご記入ください。質問内容について確認させていただく場合があります。
連絡先の記載がないもの（質問者不明）の場合は、回答いたしません。