（様式８）

質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

多野藤岡医療事務市町村組合

　管理者　新　井　雅　博　　様

住所

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　印

多野藤岡医療事務市町村組合院内保育所運営業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領について、下記のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　　　　　　　　【連絡担当者】

　　　　　　　　部　署

　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　E－mail