

尼崎市訪問型病児保育（共済型）事業に関する質問票

令和 年 月 日

尼崎市長 様

所在地 _____
商号または名称 _____
役職・代表者名 _____

No.	質 問 事 項
1	
2	
3	

<注意事項>

- (1) 記入する欄が不足する場合は、適宜拡大・追加してください。なお、別葉記載は避けてください。
- (2) 提出先メールアドレス ama-kodomo-support@city.amagasaki.hyogo.jp
なお、送信するメールの件名は「尼崎市訪問型病児保育（共済型）事業プロポーザル質問（事業者名）」
としてください。
- (3) 電話等による口頭での質問や締切を過ぎた質問には、一切回答いたしません。
- (4) 質問がない場合は、提出は不要です。

<担当者連絡先>

部 署 ・ 所 属 _____
担 当 者 名 _____
電 話 番 号 _____
メー ル ア ド レ ス _____