（様式１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  質　　問　　票  　尼崎市福祉局南部保健福祉センター南部福祉相談支援課 行  　Eメール：[ama-supportcenter@city.amagasaki.hyogo.jp](mailto:ama-supportcenter@city.amagasaki.hyogo.jp)  　※必ず件名に「プロポーザル質問　●●●（法人等名）」と入力してください。  　下記業務の募集要項に定める応募資格を有しており、募集要項等に係る事項について以下のとおり質問します。 | | |
| 業務名 | | 尼崎市一時生活支援業務 |
| 質問番号 | 質　　問　　事　　項 | |
| 1 |  | |
|  |  | |
|  |  | |

※募集要項または仕様書に対する疑義については、どの箇所に係るものかを明記してください。

　（例）「募集要項４　応募資格について、～」

【質問者】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 役職・担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |