様式１

**提案仕様書等に関する質問書**

　　　　年　　月　　日

明　石　市　長　　様

（福祉局生活支援室障害福祉課　公募型プロポーザル方式契約担当者　宛）

商号又は名称

担当者氏名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

このことについて、次のとおり質問します。

業務名　　令和６年度障害児通所支援事業所巡回支援事業業務委託(単価契約)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質問内容 | 資料名及び  ページ番号 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

・お手数ですが、送信後に福祉局生活支援室障害福祉課（０７８－９１８－１３４４）まで電話にて着信確認のご連絡をしていただきますようお願いします。

・質問に対する回答（質問回答書）は、明石市ホームページに掲載します。

・質問がない場合は送信していただく必要はありません。