（様式第7号）

令和　　年　　月　　日

　多治見市長　　髙木　貴行　宛

（提出者）　所　在　地

　　　　　　事業者等名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

（連絡先） 担当者名

電話番号

FAX番号

Eｰmail

質　問　書

　多治見市民病院の一部スペースを利用した多治見市産後ケア事業（宿泊型・通所型）業務委託公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | 該当資料名 | 項目番号等 | 質　問　事　項 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※記入欄が不足する場合は、欄を追加してください。