質問票

（医療的ケアにも対応した重度障害者の地域生活支援拠点　運営事業者選定）

令和６年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 | |  |
| 担当者連絡先 | 所　　属 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電　　話 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 公募要項  該当ページ | 質問事項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |