様式４

**指定管理者指定申請に関する質問票**

佐世保市保健福祉部

障がい福祉課 庶務係　宛

E－mail：syogai@city.sasebo.lg.jp

FAX：０９５６－２５－２２８１

令和２年　　月　　日

指定管理者の募集について質問事項がありますので、次のとおり提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体の名称 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  | | |
|  |  | | |
| 担当者名 | 氏名 |  | | |
| 所属 |  | 役職名 |  |
| 所在地 |  | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  | | |
| 質問項目 |  | | | |
| 質問内容 | 該当文書 | | ページ | 該当箇所 |
|  | |  |  |
| * 簡潔かつ具体的に記入してください。 * この様式１枚につき１問としてください。 | | | |
|  | | | |

※　質問票の到着確認のため、送信・送付後は必ず送信・送付した旨を電話（０９５６－２４－１１１１

内線５１０２）でご連絡ください。