

質 疑 書

令和 年 月 日

障がい福祉課 様

事業者名
質問者名
連絡先
電話
メールアドレス

事業名 恵庭市基幹相談支援センター・恵庭市障がい者相談支援事業

上記事業の企画提案にあたり、以下のとおり質問いたします。

質 疑 事 項