（様式６）

質　　問　　書

件名　浦添市障がい福祉関連複合施設指定管理者募集について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| 質問日　　　　令和　　年　　月　　日 |
| 質問内容（質問事項は、内容別に番号を付して下さい。） |

※１　質問書は電子メールで提出すること

（メールアドレスkikansc@city.urasoe.lg.jp）。

※２　送信後に電話で受信確認を必ず行うこと。

質問受付期間　　令和７年５月２日（金）～５月９日（金）