令和　　年　　月　　日

生活保護受給者等メンタルケア支援事業業務委託プロポーザル

質　問　書

|  |  |
| --- | --- |
| 貴 社 名 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電 話 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 質疑事項 |  |
|  | 資料名 |  |
| 該当ページ | (　　　) | ﾍﾟｰｼﾞ | (　　　) | 行目 |
| 内容 |  |
| ２ | 質疑事項 |  |
|  | 資料名 |  |
| 該当ページ | (　　　) | ﾍﾟｰｼﾞ | (　　　) | 行目 |
| 内容 |  |

* 下記の送付先に、令和５年１月５日（木）午後５時までにＦＡＸ又はメールにて送信ください。
* 送信未達を防ぐため、必ず確認の電話を入れてください。

【送付先・連絡先】

港区保健福祉支援部生活福祉調整課自立支援担当　担当：黒川

ＴＥＬ：03－3578－2463　ＦＡＸ：03－3578－2439

メール：minato107@city.minato.tokyo.jp