

(様式1)

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	() ページ () 行目
内容		
2	質疑事項	
	資料名	
	該当ページ	() ページ () 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