（様式１）

寒川町新規障がい者相談支援事業所運営法人

公募型プロポーザル　質問票

平成　　年　　月　　日

（あて先）　寒　川　町　長

（提出者）住所

電話番号

事業者名

代表者（役職・氏名）

寒川町新規障がい者相談支援事業所運営法人公募型プロポーザルに関して、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質 問 の 内 容 | |
|  | |
| 担 当 者 名 |  |

注１：質問受付期間は、平成２８年１０月２６日（水）１７時００分までです。

注２：この様式を添付ファイルとして、下記メールアドレスあてに送信してください。

注３：質問に対する回答は個別に行いますが、広く公開すべき必要があると判断できるものは、町ホームページに掲載することがあります。

|  |
| --- |
| ○送信先メールアドレス：fukushi@town.samukawa.kanagawa.jp  　　 （担当部局　寒川町福祉部福祉課障がい福祉担当）  ○メールの標題　「プロポーザルに関する質問（事業者名）」 |