令和　　年　　月　　日

沖縄市こども相談・健康課　宛

**質　問　票**

沖縄市子育て世帯訪問支援事業業務委託の公募等に関して、下記のとおり質問票を提出します。

質問者

|  |
| --- |
| 法人名：部署・職名：担当者名：電話番号：Fax番号：E-mail： |

質問内容

|  |
| --- |
|  |

* 質問は本様式1枚につき1問とし、簡潔にまとめて記載すること。

**送付先：Mail：a104ko\_soudan@city.okinawa.lg.jp**