（様式４）

**質問票**

令和７年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 担当者連絡先 | 所属 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

　次期川越市障害者支援計画策定業務委託に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 資料名等 | 項目等 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |

注１：記入欄は必要に応じて追加してください。

注２：受付期間は、令和7年4月7日(月)から令和7年4月11日（金）正午までです。

注３：この様式に記入し、電子メールに添付して下記メールアドレスまで送信してください。

　　　メールアドレス：shogaisha★city.kawagoe.lg.jp

　　　　　　　　　　　（送信する際は★を@に置き換えてください。）

注４：項目等には、質問の対象となる書類（実施要領・仕様書など）、ページ、項目などについて記入してください。

注５：メール送信には、必ず件名を「プロポーザル質問（事業者名）」としてください。