

(様式4)

質 問 票

令和 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	
	メールアドレス	

川越市障害者相談支援事業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。

No.	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10月13日(月)から令和7年10月21日(火)午後4時までです。

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「障害者相談支援事業プロポーザル質問（事業所名）」としてください。