質問票

令和　 　年　　月　　日

（あて先）　茅ヶ崎市長

（提出者）

住所

法人名

代表者（役職・氏名）

電話番号

茅ヶ崎市基幹相談支援センター設置運営法人募集に関して、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質 問 の 内 容 |
| 　該当箇所【　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 担 当 者 名 |  |

注１：質問受付期間は、令和５年６月６日（火）１７時００分まで。

注２：質問１件につき、１枚で提出すること。

注３：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すること。

注４：回答は、令和５年６月１３日（火）までに市ホームページで公表する。

|  |
| --- |
| ○送信先メールアドレス：shoufuku@city.chigasaki.kanagawa.jp　　 （担当部局　茅ヶ崎市福祉部障がい福祉課　障がい者支援担当） ○メールの件名　「基幹相談支援センター設置運営法人の募集に関する質問（法人名）」 |