

(様式 6)

質 問 書

令和 年 月 日

柳川市保健福祉部福祉課 あて

第 4 期柳川市地域福祉計画・地域福祉活動計画策定業務委託にかかる公募申込にあたり下記のとおり質問します。

実施要領等の項目	質問内容

※ 記入欄が不足するときは、複写して作成してください。

〈質 問 者〉

商号又は名称	
担当者部署・氏名	
電 話 番 号	
E-mail アドレス	