様式第１号

令和　　年　　月　　日

質　問　書

　三　原　市　長　様

事業者名

所在地

担当者名

電話番号

E-mail

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の名称 | 三原市メンタルヘルスサポート事業業務委託 |
| 業務担当課 | 保健福祉部保健福祉課 |
| 質　問　事　項 | ※「仕様書〇〇ページの・・・について」など、わかりやすく記入すること。 |

【留意事項】

* 令和７年２月26日(水)正午までに提出のこと。期限を過ぎたものは受け付けない。
* 電子メールで送付のこと。送付後は確認のため，電話連絡すること。

・　質問項目が多い場合は、本様式を適宜複写して利用すること。