令和５年　　月　　日

加西市　健康福祉部　地域福祉課　障がい者支援係　行

E-Mail　shogaifukushi@city.kasai.lg.jp

**加西市単独型短期入所施設整備補助事業者**

**プロポーザル公募要領に関する質問書**

　以下のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 質問者氏名 |  |
| 連 絡 先 | 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |

※電子メールでの送信後、確認の電話連絡（0790-42-8725）をお願いします。