（様式第７号）

**上天草市地域子育て支援拠点事業委託事業者選定申請に関する質問票**

　上天草市健康福祉部　福祉課　子育て支援係　宛

　（ファックス番号 ／ ０９６９－５６－０７４７）

法人等の名称

（質問事項）

　１．

　２．

　３．

担当者氏名及び連絡先

　　担当部署：

　　担当者：

　　電話：

　　ファクス：

　　Ｅ-mail：

　（注）質問事項は、簡潔に要点のみ記載すること。