（様式２）

　　年　　月　　日

神奈川県総合リハビリテーションセンター

福祉局長　村井　政夫

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　印

質 問 書

件名：神奈川県総合リハビリテーションセンター七沢学園及び七沢自立支援ホーム

給食業務委託

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

回答の送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。