様式15

**質問票**

令和　　年　　月　　日

（申込先）大田区福祉部障害福祉課

　ＦＡＸ　０３－５７４４－１５９２

申請者　所　在　地

団　体　名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

大田区立大田生活実習所短期入所事業所の指定管理者募集について、下記のとおり質問いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 資料名 |  | ページ等 |  |
|  | | | |
| 2 | 資料名 |  | ページ等 |  |
|  | | | |
| 3 | 資料名 |  | ページ等 |  |
|  | | | |

欄が不足する場合は適宜追加してください。