

【様式2】

令和 年 月 日

出産準備教室委託事業者選定委員会 宛て

所 在 地 :

法 人 名 :

代表者氏名 :

質 問 票

出産準備教室委託事業者募集要項に関して、次の内容について質問します。

	質問事項
1	
2	
3	
(連絡担当者) 所 属 : 氏 名 : 電話番号 : E-mail :	

※ 行が足りない場合は、適宜追加してください。