（様式第８号）

質　問　書

令和　年　月　日

施設名：石巻市かもめ学園

　法人・団体名

法人・団体所在地

代表者名

担当者名

　　　　　　　　　　　　　 電話番号：

　　　　　　　　　　　　　 　ＦＡＸ　：

　　　　　　　　　　　　　 　Ｅ-mail ：

　指定管理者募集要項等について、次のとおり質問事項を提出いたします。

質問内容

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | （資料名・ページ・項目） |
| 内　容 |  |
| 項　目 | （資料名・ページ・項目） |
| 内　容 |  |

* 提出先：石巻市保健福祉部障害福祉課企画管理係

電　話：0225‐95‐1111（内線2477）ＦＡＸ：0225‐22‐6610

E-mail：ishandwelf@city.ishinomaki.lg.jp