（様式２）

豊中市病児保育事業実施事業者公募に関する質問

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 送信元（法人名） | |  |
| 担当者 | |  |
| 連絡先 | 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 質　問　内　容 | | |
|  | | |

　※質問に対する回答は、原則、個別には行いません。同種の質問と合せてホームページ上でご回答します。

　※質問がない場合は、提出不要です。