（様式２）

　　年　　月　　日

（所管部署）

東久留米市 福祉保健部 障害福祉課 あて

質問票

商号又は名称

連絡担当者

電話

E-mail

東久留米市障害者計画等策定支援業務委託に係るプロポーザルの実施について、質問票を提出します。

・質問内容

（備考）１件の質問につき、質問票は１枚でご提出をお願いします。