様式２

事前質問票

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（グループ名） |  |
| 構成事業者名※グループの場合 |  |
| 所在地（代表者所在地） | 〒　　　－　　　　 |
| 連絡担当者 | 氏名（姓と名の間に全角スペース） |  |
| 所属事業者名・部署 |  |
| E‐Mail |  |
| 電話番号 |  |
| № | 質問内容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |

【提出先】

　岩手県保健福祉部子ども子育て支援室

　メール：AD0007-4@pref.iwate.jp