【様式１】

令和４年度石川県ひきこもり支援拠点（加賀地区・能登地区）事業業務委託

【質問書】

令和　　年　　月　　日

石川県健康福祉部障害保健福祉課

医療支援グループ　 宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質  問  者 | 法人の名称 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質  問  内  容 |  | |

提出期限：令和４年７月１２日（火）午後５時必着

（提出先）石川県健康福祉部障害保健福祉課 医療支援グループ

　　　　　TEL 076-225-1427 FAX 076-225-1429

メールアドレス：shofuku2@pref.ishikawa.lg.jp