（様式２）

令和６年度石川県障害者アート魅力発信事業業務委託

【 質 問 書 】

令和　　年　　月　　日

石川県健康福祉部障害保健福祉課

地域生活支援グループ　 宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質  問  者 | 法人等の名称 |  |
| 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６年３月２５日（月）午後３時必着

（提出先）石川県健康福祉部障害保健福祉課 地域生活支援グループ

　　　　　TEL：076-225-1459

E-mail：shofuku2@pref.ishikawa.lg.jp