【様式１】

石川県未経験者等参入促進職マッチング強化モデル事業業務委託

【公募型プロポーザル質問票】

令和　　年　　月　　日

**質　問　票**

１ 質問者

事業者(共同企業体)名：

担当者職・氏名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

Ｅ－ｍａｉｌ：

２ 質問事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項 目 |  |  |
| 内 容 |  |  |
| 項 目 |  |  |
| 内 容 |  |  |
| 項 目 |  |  |
| 内 容 |  |  |

※送付先 石川県健康福祉部厚生政策課　福祉人材・サービスグループ

〒920-8580 石川県金沢市鞍月１丁目１番地　石川県行政庁舎9階

TEL 076-225-1419 （直通）FAX 076-225-1409

メールアドレス：fukushijinzai@pref.ishikawa.lg.jp