様式２

令和　　年　　月　　日

甲斐市子育て支援アプリ導入及び運用業務委託質問票

　次の事項について、質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 所属 |  |
| 担当者名 |  |
| E-mail |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 該当資料 | 頁 | 該当項目 | 質問内容 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

※メールで提出してください。

　E-mail：boshi@city.kai.yamanashi.jp

 甲斐市子育て健康部　健康増進課　母子保健係